

# Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich, \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

Meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich folgendes:

## 1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde
- Wenn ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der unmittelbare Sterbeprozess noch nicht absehbar ist.
- Wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (zum Beispiel einer Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

1

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte kranke Zustände sollen entsprechend beurteilt werden.

Ort	Datum	Unterschrift

2. In allen unter Punkt 1 beschriebenen angekreuzten Situation verlange ich:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.
- Ich wünsche, wenn andere medizinische Mittel keine Linderung bringen, bewusstseinsdämpfende Mittel. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.
- Die Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden.
- Auch wenn der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen, und verlange keine künstliche Ernährung (weder über eine Magensonde durch die Nase oder die Bauchdecke noch durch eine Infusion über die Vene).
- Auch wenn der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen, und verlange keine Flüssigkeitsgabe mit Ausnahme der palliativmedizinischen Indikation zur Beschwerdelinderung.  2 \_\_\_\_\_
- Keine Wiederbelebungsmaßnahmen.
- Ich wünsche keine künstliche Beatmung, aber die Linderung von Atembeschwerden mit Medikamenten und pflegerische Methoden.
- Dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.
- Keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, auch falls dies mein Leben verlängern kann.
- Keine Gabe von Antibiotika, auch falls dies mein Leben verlängern kann

Ort	Datum	Unterschrift

3. Ich wünsche eine Begleitung

durch Hospizdienst \_\_\_\_\_

durch Seelsorger \_\_\_\_\_

durch \_\_\_\_\_

4. Ich möchte

zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

wenn möglich in einem Hospiz sterben.

5. Hinweise zu meiner Patientenverfügung:

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein(e) Vertreter(in) – z.B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin/meinem Vertreter (z.B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein.

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

Sofern dieser Patientenverfügung oder in einer Anlage Erläuterung zu meinen Wertvorstellungen oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärende Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ort	Datum	Unterschrift

6. Erneuerung der Patientenverfügung:

Ort	Datum	Unterschrift

7. Beratung bei der Abfassung der Patientenverfügung:

Bei der Abfassung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von

\_\_\_\_\_

8. Hinweis auf eine existierende Vorsorgevollmacht:

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und den Inhalt der Patientenverfügung mit dem/der/den nachfolgend bezeichneten Bevollmächtigten besprochen.

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

4

9. Hinweis für die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung:

Ich habe niemandem Vorsorgevollmacht erteilt und wünsche, dass ein vom Betreuungsgericht für mich bestellter Betreuer meinen Willen, wie er sich aus dieser Patientenverfügung ergibt, Ausdruck verschafft und ihn durchsetzt.

10. Hinweis zum Arzt/zur Ärztin meines Vertrauens:

\_\_\_\_\_

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

Ort	Datum	Unterschrift



## Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Ich bestätige, dass

Herr/Frau \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

die Patientenverfügung vom \_\_\_\_\_ im Vollbesitz seiner/ihrer

geistigen Kräfte verfasst hat und einwilligungsfähig ist.

Ort	Datum	Unterschrift Stempelbehandelnder Arzt/ behandelnde Ärztin