

Patientenverfügung

Ich,

(Name).....

(Geburtstag, -ort).....

(Wohnort)

bestimme hiermit Folgendes für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

Situationen, für welche die Verfügung gelten soll:

Wenn ich ...

mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde ...

mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist...

in Folge 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.

in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen

Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung ärztlicher Maßnahmen:

dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden.

Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung,

Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich:

wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.

Die Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt.

die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

eine Flüssigkeitsgabe durch subkutane Infusionen akzeptiere ich, wenn das aus ärztlicher Sicht sinnvoll ist

Wiederbelebung

Ich verfüge ferner in o.a. Situationen:

die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung, das der Notarzt nicht verständigt wird bzw. dass ein ggf. hinzugezogener Notarzt unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

Gabe von Medikamenten, Blutbestandteilen, invasive Therapie

In o.a. Situationen lehne ich ab:

Antibiotika

die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen

Dialyse

therapeutische Interventionen an Herzkranzgefäßen

Herzschrittmacherversorgung

auch blutdrucksenkende, Herzrhythmus-regulierende, Stoffwechsel- oder

Blutgerinnungs-beeinflussende Medikamente lehne ich ab, wenn sie nicht unmittelbar der Linderung eines ersichtlichen Leidens dienen

Organspende:

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu

Transplantationszwecken zu .

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

Ort der Behandlung, Beistand

Bei einer Verschlechterung meines Zustandes in o.a. Situationen möchte ich:

zum Sterben nicht in ein Krankenhaus verlegt werde, sondern in meiner dann gewohnten Umgebung (Zuhause / Pflegeheim) oder alternativ in einem Hospiz sterben

auch für Verschlechterungen meines Krankheitsbildes nicht in ein Krankenhaus gebracht werden, wenn das pflegerisch meinen bisherigen Kontaktpersonen zumutbar ist

Verbindlichkeit dieser Verfügung

Ich erwarte, dass mein in dieser Verfügung geäußertes Wille von Ärzten, Krankenhäusern und allen übrigen mit der Behandlung Betrauten befolgt wird. In einer gesonderten Vorsorgevollmacht benenne ich meine zur Durchsetzung meines vorgenannten Willens beauftragten Vertreter. Diese sind von mir persönlich über den Umfang meiner Verfügung informiert worden.

Sollten die medizinischen Behandler meinen vorgenannten Wünschen nicht entsprechen, beauftrage ich meine Vorsorgebevollmächtigten mit der Organisation eines anderen Behandlungsteams, z. B. durch eine geeignete Krankenhausverlegung Für Situationen, die ich in dieser Verfügung nicht geregelt habe, ist von allen, möglichst im Konsens, mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln. Dieser soll als Richtschnur maßgeblich sein. Die letzte Entscheidung obliegt meinen Vorsorgebevollmächtigten.

Auch wenn vom Ausstellen dieser Verfügung an bis zur konkreten Anwendungssituation eine große Zeitspanne liegt, soll mir keine Willensänderung unterstellt werden. Ich werde regelmäßig selbst prüfen, ob Bestandteile der Verfügung keine Gültigkeit mehr besitzen sollen.

Sollten meine Gesten, Blicke oder andere mögliche Äußerungen in der Situation darauf schließen lassen, dass ich doch eine andere Behandlung als die hier geäußerte wünsche, soll mein mutmaßlicher Wille im Konsens ermittelt werden. Meine Vorsorgebevollmächtigten treffen dann auch hier die Entscheidung.

Ich erkläre, diese Verfügung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst zu haben. Sie ist ohne Druck aus freien Stücken verfasst worden. Über den Inhalt und die Konsequenzen meiner Entscheidungen bin ich mir bewusst. Die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs ist mir bekannt.

Als Formulierungshilfe dieser Verfügung habe ich die vom Bundesministerium der Justiz herausgegeben Vorlagen benutzt und individuell nach meinem derzeitigen Weltbild, meinen medizinischen Vorkenntnissen und meinen Vorstellungen angepasst.

Ort und Datum:.....

Unterschrift:.....

Aktualisierung / Bekräftigung nach mehreren Jahren:

1) Nach mehrjährigem zeitlichen Abstand und gründlicher erneuter Durchsicht der vorangehenden Verfügung habe ich keine anderen Wünsche und bekräftige diese Anordnungen

Ort und Datum:.....

Unterschrift:.....

2) Nach mehrjährigem zeitlichen Abstand und gründlicher erneuter Durchsicht der vorangehenden Verfügung habe ich keine anderen Wünsche und bekräftige diese Anordnungen

Ort und Datum:.....

Unterschrift:.....

3) Nach mehrjährigem zeitlichen Abstand und gründlicher erneuter Durchsicht der vorangehenden Verfügung habe ich keine anderen Wünsche und bekräftige diese Anordnungen

Ort und Datum:.....

Unterschrift:.....