

PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich,

geb. am

wohnhaft in

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach ärztlicher Einschätzung aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock. Mir ist bekannt, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht sicher auszuschließen, aber höchst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich infolge 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.
- Wenn ich mich wegen einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit in einem unzweifelhaft hoffnungslosen gesundheitlichen Zustand befinde, in dem eine Behandlung nur noch Leidensverlängerung bewirkt, auch wenn der Tod noch nicht unmittelbar bevorsteht.
- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

2. In allen unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen 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 eine Begleitung

durch Hospizdienst

durch Seelsorge

durch

(Für persönliche Wünsche und Anmerkungen!)

3. In den von mir unter Nr. 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen und verlange:

das Unterlassen oder Einstellen lebenserhaltender oder lebensverlängernder ärztlicher Maßnahmen, die mögliches Leiden unnötig verlängern würden.

Insbesondere wünsche ich das Unterlassen oder Einstellen folgender Maßnahmen

- künstliche Ernährung bzw. Flüssigkeitsgabe, z. B. durch Mund, Nase, Bauchdecke (PEG-Sonde), Venenzugang
- künstliche Beatmung
- Blutwäsche (Dialyse)
- Reanimation (Wiederbelebungsmaßnahmen)
- Anschluss an Herz-Lungen-Maschine

- Herzschrittmacher
- Amputation
- Übertragung von fremden Gewebe und Organen
- sonstige, wie:

Ich bin mir bewusst, dass durch das Unterlassen oder Einstellen lebensverlängernder Maßnahmen mein Leben verkürzt werden kann. Dies nehme ich aber in Kauf. Die Befolgung dieser Wünsche stellt keine unerlaubte aktive Sterbehilfe und keine Beihilfe zu einer Selbsttötung dar.

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen: ja nein

Bevollmächtigte(r)

Name			
Anschrift			
Telefon		Telefax	

Ich habe anstelle einer Vorsorgevollmacht eine Betreuungsverfügung erstellt: ja nein

Ich habe einen Organspendeausweis erstellt: ja nein

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u.a. meiner Bereitschaft zur Organspende ("Organspendeausweis"), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z. B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Die von mir bevollmächtigte Person oder Betreuer/in soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

Arzt/Ärztin meines Vertrauens

Name			
Anschrift			
Telefon			
Telefax			

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 der von mir bevollmächtigten Person oder Betreuer/in erwarte ich, dass sie / er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

Sollte eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1901 b Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll folgender Person / folgenden Personen - soweit ohne erheblichen Verzug möglich - Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden:

Name

Geburtsdatum

Straße

Wohnort

Folgende Person / Folgende Personen sollen nicht zu Rate gezogen werden:

Name

Geburtsdatum

Straße

Wohnort

Ort, Datum

Unterschrift

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z.B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

Diese Erklärung (Patientenverfügung) wurde erneuert:

Ort und Datum Unterschrift

Ort und Datum Unterschrift

Ort und Datum Unterschrift

Ort und Datum Unterschrift

Ort und Datum Unterschrift

Ort und Datum Unterschrift

Ort und Datum Unterschrift

Ort und Datum Unterschrift

Ort und Datum Unterschrift

Ort und Datum Unterschrift