

Patientenverfügung

Ich, _____, geboren am _____,

wohnhaft in _____,

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann und eine der folgenden Situationen zutrifft:

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde,
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,
- 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 (können hier namentlich benannt werden) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte eine Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung, ebenso wie für eine indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen.

Mir ist bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen durchaus erhalten geblieben sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz auszuschließen, jedoch unwahrscheinlich ist,

- ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr fähig bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürlichem Weg zu mir zunehmen.

folgende Einleitungen, Umfang und Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen:

Lebenserhaltende 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. Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Das bedeutet Dauerbewusstlosigkeit oder wachkomaähnliche Zustände, die mit vollständigem oder weitgehendem Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen.

Mir ist bewusst, dass sich bei Wachkoma-Patienten nach mehreren Jahren noch Entwicklungen ergeben können, die ein weitgehend eigenständiges Leben erlauben.

Schmerz- und Symptombehandlung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz und Symptombehandlung,

- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle

versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.

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

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass keine künstliche Ernährung erfolgt – unabhängig von der Art der Zuführung, etwa per Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge,
- dass jede künstliche Flüssigkeitszufuhr unterlassen wird.

Wiederbelebung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass keinerlei Versuche einer Wiederbelebung unternommen werden,
- dass kein Notarzt verständigt wird bzw. dieser im Falle einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab – es sei denn, dass es im Rahmen von medizinischen Eingriffen lediglich zu kurzfristigen Problemen kommt, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.

Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

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

Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass keine Dialyse vorgenommen bzw. eine bereits eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.

Blut und Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen lediglich zur Linderung meiner Beschwerden.

Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

- wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- ODER
- wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte Beistand durch folgende Personen:

Beistand durch einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

Hospizlichen Beistand.

Verbindlichkeit, Auslegung, Durchsetzung und Widerruf

Ich erwarte, dass mein in dieser Patientenverfügung dokumentierte Wille von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie dem Behandlungsteam befolgt wird.

Mein Bevollmächtigter

soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen Willen zu befolgen, soll für anderweitige medizinische bzw. pflegerische Behandlung gesorgt werden. Von meinem Bevollmächtigten erwarte ich, dass er die weitere Behandlung meinem Willen entsprechend organisiert.

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. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen (Alternative auswählen):

- meiner / meinem Bevollmächtigten
- meiner Betreuerin / meinem Betreuer

- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt
- folgender anderen Person:

Sofern ich diese 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 zu der Auffassung gelangen, dass ich entgegen den Festlegungen in der Patientenverfügung doch behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entspricht. Bei unterschiedlichen Meinungen soll der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen(Alternative auswählen):

- meiner / meinem Bevollmächtigten
- meiner Betreuerin / meinem Betreuer
- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt
- folgender anderen Person:

Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

Zusätzlich zur Patientenverfügung habe ich eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Organspende (falls nicht gewollt, diesen Punkt weglassen)

Ich stimme der Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zum Zweck von Transplantationen zu. Sofern ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht komme, und dafür medizinische Maßnahmen vorgenommen werden müssen, die ich in dieser Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann (Alternative auswählen):

- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor
- gehen die Regelungen in meiner Patientenverfügung vor

Schlussbemerkungen

Soweit ich die beschriebenen Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf (weitere) ärztliche Aufklärung. Die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs dieser Patientenverfügung ist mir bekannt. Und ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner getroffenen Entscheidungen bewusst. Ich habe diese Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei (z.B. Hausarzt, ergänzend Stempel des Hausarztes):

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Datum / Unterschrift des Arztes _____

Aktualisierung

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

Datum / eigene Unterschrift: _____