

Muster – Patientenverfügung - Muster

1. Eingangsformel

Ich, **Hermann Mustermann, geb. 01.01.1900, Mustermannstr. 1, 88088 Musterhausen** bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann folgendes:

2. Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn

- 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 namentlich benannt werden) 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.
 - ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung oder Wachkoma) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zunehmen.
- In den o.g. Krankheitssituationen, insbesondere bei einem Wachkoma oder einer Demenzerkrankung, in denen ich einer Behandlung nicht zustimmen kann, wie z. B. dem Legen einer PEG-Sonde zur Ernährung und somit zur Lebensverlängerung, bestimme ich, dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen nach **zwei Monaten** (Beispiel), eingestellt werden.

3. Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder 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.

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.

Künstliche Ernährung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

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

Künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

die Unterlassung jeglicher künstlichen Flüssigkeitszufuhr.

Wiederbelebung

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.

Dass der Notarzt nicht verständigt wird bzw. dass ein ggf. hinzugezogener Notarzt unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

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

lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen medizinischer Maßnahmen unerwartet eintreten.

Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

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.

Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.

Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden.

Meine derzeitige Krankheit und der Behandlungsbedarf

*z. B.: Ich wünsche, dass meine derzeitige Behandlung abgebrochen wird.
oder: Über die aktuelle Behandlung soll mein Bevollmächtigter entscheiden, aber nicht die Regelungen der PV überschreiten.*

4. Organspende

*Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt).
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.*

5. Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben. Sollte da nicht möglich sein, will ich in einem Hospiz gepflegt werden.

Ich wünsche mir (z. B.)

den Beistand durch meine Frau Adelheid Mustermann und meinen Kindern.

6. Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der 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. **Meine Bevollmächtigte Adelheid Mustermann** 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 **Bevollmächtigten Adelheid Mustermann** erwarte ich, dass sie 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. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt bei meiner **Frau Adelheid Mustermann als Bevollmächtigte**.

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 des Behandlungsteams, meine **Bevollmächtigte Adelheid Mustermann** 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. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt bei meiner **Bevollmächtigten Adelheid Mustermann**.

7. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine General- und Vorsorgevollmacht für erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Adelheid Mustermann, geb. 01.01.1900

Mustermannstr. 1, 88088 Musterhausen Telefon, 0555-33333

8. Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich die Darstellung meiner allgemeinen, persönlichen und religiösen Wertvorstellungen beigelegt. Sie können auch an dieser Stelle beschrieben werden.

9. Schlussformel

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine weitere ärztliche Aufklärung.

10. Schlussbemerkungen

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.

11. Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert und beraten lassen:

- habe ein ausführliches Gespräch mit meinem Pfarrer, meinem Hausarzt und meinen Angehörige geführt
- mich bei der Betreuungsbehörde am Landratsamt beraten lassen
- weiterhin habe ich mehrere Veranstaltungen zur Aufklärung über die PV besucht, Broschüren gelesen und Diskussionen im Fernsehen verfolgt.

12. Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr Mustermann wurde von **mir Frau Dr. Franziska Allgemein** am 01.01.2012 bzgl. der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum

Unterschrift, Stempel der Ärztin **Fr. Dr. Allgemein**

13. Aktualisierung

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend in vollem Umfang.

Musterhausen, den 01.01.2017

Unterschrift *Hermann Mustermann*

Datum _____

Unterschrift _____

Datum _____

Unterschrift _____

Datum _____

Unterschrift _____

Datum _____

Unterschrift _____