

Patientenverfügung

1. Angaben zu meiner Person (Name, Adresse, Geb. Datum, Geb.Ort.)

Ich

.....

.....

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

2. Exemplarische Situationen und Reichweite, für die die Verfügung gelten soll

Die folgende Verfügung bedeutet keinen generellen Behandlungsverzicht. Für den Fall aber, dass ich durch Krankheit oder Unfall meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit aller Wahrscheinlichkeit nach auf Dauer verloren habe und

- 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.

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.

Es sollen alle möglichen lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Ich wünsche jedoch in jedem Fall eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege, sowie eine fachgerechte medizinische Versorgung und Pflege (Palliative Care).

Schmerz- und Symptombehandlung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung auf dem aktuellen Stand der Medizin und Pflege. Sie soll der Linderung von Atemnot, Angst, Unruhe, Übelkeit und anderen mich belastenden Zuständen dienen. Unnötige Medikamente sollen abgesetzt werden. Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, wünsche ich auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.

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

Künstliche Ernährung und Künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass keine künstliche Ernährung und Flüssigkeit (hochkalorische Flüssignahrungsmittel), unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt. Künstliche Ernährung soll nicht begonnen oder nicht mehr fortgesetzt werden, unabhängig von der Form der Zuführung z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke oder venöse Zugänge). Eine künstliche Flüssigkeitszufuhr darf nur zur Linderung meiner Beschwerden erfolgen.

Im Falle eines Wachkomas oder einer langen Zeit einer Demenzerkrankung mit der Option einer Sondenernährung (in welcher Form auch immer), will ich, dass das Legen einer Sonde nicht stattfindet oder falls es, aus welchem Grund auch immer stattgefunden hat, diese wieder entfernt wird und nach (8 Wochen, Vorschlag) alle Maßnahmen der Ernährung mit Essen und Trinken eingestellt werden. Hiermit meine ich auch das Verabreichen und das Anbieten und Eingeben von Nahrung und Flüssigkeit.

Wiederbelebung

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.

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. Medikamente zur Linderung der Luftnot möchte ich weiterhin erhalten. 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 oder andere Formen der Blutwäsche sollen nicht durchgeführt bzw. schon eingeleitete eingestellt werden.

Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden.

Defibrillator / Herzschrittmacher

Auch diese lebenserhaltenden Maßnahmen soll nicht durchgeführt bzw. eingestellt werden.

Meine derzeitige Krankheit und der Behandlungsbedarf

Hier ist der Hinweis wichtig, dass Maßnahmen eingestellt werden, die der Lebensverlängerung dienen.

.....

.....

4. Organspende

Für den Fall, dass ich einer Organspende zustimme oder zugestimmt habe (Organspendeausweis), dürfen die dafür notwendigen ärztlichen Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in dieser Patientenverfügung ausgeschlossen habe.

5. 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. Sie soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt 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 des Behandlungsteams 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. Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.

6. Vertrauensperson und Bevollmächtigte

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

(Name, Adresse, Telefon)

.....

.....

Durch ihre Unterschrift bestätigt sie, dass sie keinen Zweifel an meiner Urteils- und Entscheidungsfähigkeit hat.

Datum

Unterschrift

Weitere Vollmachten haben: (Name, Adresse, Telefon)

.....

.....

.....

Meine Patientenverfügung soll nur im Einvernehmen mit meinem Bevollmächtigten umgesetzt werden.

7. Hinweis auf weitere Wünsche, Anordnungen und meine Wertvorstellungen im Folgenden oder auf beigefügte Blatt zur Patientenverfügung

Persönliche Einstellung und Haltung zur Patientenverfügung.

.....
.....
.....

8. Information/Beratung

Ich weiß über die Wirkung der Patientenverfügung Bescheid und habe mich vor der Erstellung beraten lassen durch:

.....
.....

9. Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit durch Hausarzt

Mein/e Hausarzt/Hausärztin hat meine Patientenverfügung zur Kenntnis genommen.

Er/sie ist bereit, über meinen Gesundheitszustand Auskunft zu geben. Ich befreie ihn von der Schweigepflicht. Durch seine Unterschrift bestätigt er/sie, dass kein Zweifel an meiner Geschäftsfähigkeit besteht.

(Name, Adresse, Telefon)

.....
.....

Datum

Unterschrift

10. 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.

Ort, den Unterschrift

Ort, den Unterschrift

Ort, den Unterschrift

Ort, den Unterschrift

Ort, den Unterschrift