

Meine Patientenverfügung

Meine persönlichen Daten

Name: _____

Geburtsname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Für den Fall, dass ich meinen Willen, nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, gebe ich nach sorgfältiger Überlegung folgende Erklärung ab, die unbegrenzt Gültigkeit behalten soll, bis sie von mir geändert oder widerrufen wird.

Diese Verfügung ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts, darum wünsche ich nicht, dass mir in konkreten Situationen der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich schriftlich, nachweislich mündlich oder durch andere Äußerungen (Gesten, Blicke) eindeutig widerrufen habe.

1. Diese Verfügung gilt unbedingt und unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung:

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

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

Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener 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, 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 äußerst unwahrscheinlich ist.

Wenn ich infolge eines sehr 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 ab Eintritt eines Komas oder Wachkomas mehr als ___ Monate ohne nachweisbare Besserung meines Zustandes vergangen sind.

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden, durch den/die Arzt/Ärztin meines Vertrauens und meine/n BetreuerIn. Wenn keine Betreuung ernannt ist, sollen nahe Angehörige und Vertrauenspersonen gehört werden, wie sie hier namentlich genannt sind:

1. _____
(Name)

2. _____
(Name)

(Anschrift)

(Anschrift)

(Telefon)

(Telefon)

3. _____
(Name)

(Anschrift)

(Telefon)

4. _____
(Name)

(Anschrift)

(Telefon)

2. Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

(Name und Fachgebiet)

(Anschrift)

(Telefon) (Telefax)

Kenntnis genommen: _____
(Unterschrift)

trifft zu / trifft nicht zu

3. In allen unter Nummer 1 als zutreffend beschriebenen Situationen, insbesondere Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen und verlange:

Eine konsequente Schmerztherapie, ausgerichtet an palliativ-medizinischen Prinzipien. Leidensminderung hat für mich absoluten Vorrang vor allen anderen therapeutischen Maßnahmen. Eine damit eventuell verbundene Lebensverkürzung nehme ich in Kauf.

Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls.

Lindernde ärztliche medikamentöse Maßnahmen zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, fieberhaften Begleitsymptomen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen.

Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden.

trifft zu / trifft nicht zu

Keine Wiederbelebensmaßnahmen

Keine künstliche Ernährung (weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene)
Bereits eingeleitete Maßnahmen sollen eingestellt werden.
Dies gilt insbesondere auch im Fall der Demenzerkrankung, die mit einer natürlichen Reduzierung des Körpergewichtes einhergeht.

Keine künstliche Flüssigkeitsgabe, auch keine subcutane Infusion.
Bereits eingeleitete Maßnahmen sollen eingestellt werden.
Dies gilt insbesondere auch im Fall der Demenzerkrankung, die mit einer natürlichen Reduzierung des Körpergewichtes einhergeht.

Flüssigkeitsgabe nur bei palliativ-medizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

Keine künstliche Blutwäsche (Dialyse) zur Lebensverlängerung.
Bereits eingeleitete Maßnahmen sollen eingestellt werden.

Keine Transfusion von Blut oder Blutbestandteilen, eine damit verbundene Lebensverkürzung nehme ich in Kauf.

Auf keinen Fall eine Einweisung zur Behandlung in ein Krankenhaus.

Die Befolgung dieser Forderungen ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.

4. Aufenthaltsort und persönlicher Beistand:

Ich möchte

- wenn möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

- in einer Pflegeeinrichtung versorgt werden.

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

- wenn möglich, in einem Hospiz sterben.

Ich wünsche

- eine Begleitung durch folgende Personen:

(Name, Anschrift, Telefon)

(Name, Anschrift, Telefon)

(Name, Anschrift, Telefon)

- Beistand durch eine/n SeelsorgerIn folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft

(Name, Anschrift, Telefon)

- Beistand durch einen Hospiz- oder Palliativdienst

(Name, Anschrift, Telefon)

- auf keinen Fall die Anwesenheit von:

5. Weitere Vollmachten und Verfügungen:

Ich habe als wesentliche Ergänzung zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

(Name der/s Bevollmächtigten)

(Anschrift)

(Telefon)

Kenntnis genommen: _____

Unterschrift

trifft zu / trifft nicht zu

Ich habe anstelle einer Vorsorgevollmacht ausschließlich eine
Betreuungsverfügung erstellt und den Inhalt dieser Patienten-
verfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

(Name des/r Betreuers/In

(Anschrift)

(Telefon)

Kenntnis genommen: _____

Unterschrift

Meine folgenden Entscheidungen zur Organspende sollen
Bestandteil dieser Patientenverfügung sein:

Ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Hirn-
todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

Ich möchte selber keine fremden Organe und Gewebe empfangen.

Ich besitze einen persönlichen Organspendeausweis.

Es existieren außer dieser Patientenverfügung keine weiteren
Verfügungen oder Vollmachten zu meiner Person.

Diese Patientenverfügung kann jederzeit abgeändert oder insgesamt schriftlich widerrufen werden.

trifft zu / trifft nicht zu

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung
habe ich mich beraten lassen von:

(Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.)

(Name)

(Anschrift)

(Telefon)

Ort/Datum

Unterschrift

Auf eine Beratung habe ich bewusst verzichtet

Das Original meiner Patientenverfügung ist bei mir hinterlegt und zwar:

(Kopien sollten bei den in dieser Patientenverfügung genannten Vertrauenspersonen hinterlegt werden.)

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift des Ausstellers

Persönliche Anmerkungen/Ergänzende Erläuterungen zu meiner Patientenverfügung:
(Handschriftlich und jeweils mit Datum und eigenhändiger 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 dabei dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

Ort, Datum	Unterschrift