

Patientenverfügung

Hiermit erkläre ich,

_____ VORNAME(N) UND NACHNAME

_____ STRASSE UND HAUSNUMMER

_____ POSTLEITZAHL UND WOHNORT

_____ GEBURTSDATUM



meinen Willen (Patientenverfügung) im Hinblick auf Untersuchungen meines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe für den Fall, dass ich einmal nicht mehr dazu in der Lage bin, diesen Willen selbst (verständlich) zu äußern bzw. selbst darüber zu entscheiden.

Exemplarische Situationen, in denen diese Patientenverfügung gelten soll

Nachfolgend sind einige exemplarische Situationen aufgeführt, in denen die Patientenverfügung gelten soll. Eine oder mehrere Situationen, in denen meine Patientenverfügung jeweils gelten soll, habe ich angekreuzt.

Diese Patientenverfügung soll gelten, wenn ich ...



- mich im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, der aller Wahrscheinlichkeit nach nicht mehr abgewendet werden kann.
- mich im Endstadium einer tödlichen und unheilbaren Krankheit befinde, und zwar auch dann, wenn der Zeitpunkt des Todes noch nicht absehbar sein sollte.
- wegen einer Schädigung meines Gehirns meine Fähigkeit aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren habe, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu fällen und mit anderen Personen Kontakt aufzunehmen, und zwar auch dann, wenn der Zeitpunkt des Todes noch nicht absehbar sein sollte. Diese Wahrscheinlichkeit soll von mindestens zwei erfahrenen Ärztinnen oder Ärzten eingeschätzt werden. Es spielt dabei keine Rolle, ob mein Gehirn direkt geschädigt wurde, z. B. durch einen Schlaganfall, einen Unfall oder eine Entzündung, oder aber indirekt, z. B. nach einem Lungenversagen, einem Schock oder einer Wiederbelebung. Mir ist bewusst, dass auch in einem solchen Zustand der Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Empfindungen zu haben, erhalten sein kann. Das Aufwachen aus diesem Zustand ist zwar unwahrscheinlich, jedoch nicht sicher auszuschließen.
- wegen eines bereits weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. im Fall einer Demenzerkrankung) nicht mehr dazu in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen, und zwar auch nicht bei ausdauernder Hilfestellung.

- mich in der folgenden Situation befinde, die es mir nicht mehr ermöglicht, meinen Willen selbst zu äußern bzw. selbst zu entscheiden:

Meine Wünsche in Bezug auf lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen exemplarischen Situationen wünsche ich (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) im Hinblick auf lebenserhaltende Maßnahmen, dass ...

- alles, was medizinisch möglich und sinnvoll ist, getan wird, um mich am Leben zu erhalten.
- sämtliche lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Jedoch wünsche ich eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege sowie die fachgerechte Pflege von Mund- und Schleimhäuten. Mein Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls durch Hilfestellung bei der Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit. Schmerzen, Atemnot, Angst, Übelkeit und andere belastende Symptome sollen gelindert werden. Meine diesbezüglichen Wünsche werden im Folgenden näher ausgeführt.

Meine Wünsche in Bezug auf die Behandlung von Schmerzen und Symptomen

In den oben beschriebenen exemplarischen Situationen wünsche ich (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) im Hinblick auf die Behandlung von Schmerzen und Symptomen, dass die Behandlung fachgerecht erfolgt. Dabei gilt, dass ...

- zur Linderung meiner Beschwerden auch eine Behandlung mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen durchgeführt werden soll, sofern alle anderen medizinischen Möglichkeiten zur Kontrolle von Schmerzen und Symptomen versagen.
- ich die unwahrscheinliche Möglichkeit in Kauf nehme, dass meine Lebenszeit durch Maßnahmen, die meine Schmerzen und Symptome lindern sollen, ungewollt verkürzt wird.
- bei der Schmerz- und Symptombehandlung KEINE Behandlung mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen durchgeführt werden soll.

Meine Wünsche in Bezug auf künstliche Ernährung und die Zufuhr von Flüssigkeit

In den oben beschriebenen exemplarischen Situationen wünsche ich (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) im Hinblick auf künstliche Ernährung und die Zufuhr von Flüssigkeit, dass ...

- eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt werden soll, um damit mein Leben zu verlängern.
- eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr nur zum Zweck der Beschwerdelinderung erfolgen soll, sofern diese palliativmedizinisch angezeigt ist.
- KEINE künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr erfolgen soll, und zwar unabhängig von der Art der künstlichen Zufuhr (z. B. venöse Zugänge oder Magensonde).



Meine Wünsche in Bezug auf Wiederbelebung

In den oben beschriebenen exemplarischen Situationen wünsche ich (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) im Hinblick auf Wiederbelebungsmaßnahmen, dass ...

- Wiederbelebungsmaßnahmen durchgeführt werden sollen.
- KEINE Wiederbelebungsmaßnahmen durchgeführt werden sollen.
- kein Notarzt bzw. keine Notärztin gerufen wird; sollte ein Notarzt bzw. eine Notärztin gerufen werden, soll diese(r) sofort über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert werden.

Nicht nur in den oben beschriebenen exemplarischen Situationen, sondern in allen Fällen, in denen ein Atemversagen oder Kreislaufstillstand eintritt, wünsche ich (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) im Hinblick auf Wiederbelebungsmaßnahmen, dass ...



- Wiederbelebungsmaßnahmen nur dann durchgeführt werden, wenn diese Situationen im Zusammenhang mit ärztlichen Maßnahmen (z. B. bei einer Operation) unerwartet eintreten.
- KEINE Wiederbelebungsmaßnahmen durchgeführt werden sollen.

Meine Wünsche in Bezug auf künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen exemplarischen Situationen wünsche ich (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) im Hinblick auf künstliche Beatmung, dass ...

- eine künstliche Beatmung erfolgen soll, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

- KEINE künstliche Beatmung erfolgen soll bzw. eine bereits begonnene künstliche Beatmung gestoppt wird, und zwar unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente erhalte, die meine Luftnot lindern. Ich nehme hierbei in Kauf, dass diese Medikamente möglicherweise eine Bewusstseinsdämpfung bewirken und meine Lebenszeit ungewollt verkürzen könnten.

Meine Wünsche in Bezug auf künstliche Blutwäsche (Dialyse)

In den oben beschriebenen exemplarischen Situationen wünsche ich (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) im Hinblick auf künstliche Blutwäsche (Dialyse), dass ...

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse) erfolgen soll, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.
- KEINE künstliche Blutwäsche (Dialyse) durchgeführt werden soll; eine gegebenenfalls bereits begonnene Dialyse soll eingestellt werden.



Meine Wünsche in Bezug auf die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen

In den oben beschriebenen exemplarischen Situationen wünsche ich (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) im Hinblick auf die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, dass ...

- mir Blut oder Blutbestandteile verabreicht werden sollen, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.
- mir Blut oder Blutbestandteile nur zum Zweck der Beschwerdelinderung verabreicht werden sollen, sofern dies palliativmedizinisch angezeigt ist.
- KEINE Gabe von Blut oder Blutbestandteilen erfolgen soll.



Meine Wünsche in Bezug auf das Verabreichen von Antibiotika

In den oben beschriebenen exemplarischen Situationen wünsche ich (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) im Hinblick auf das Verabreichen von Antibiotika, dass ...

- eine Behandlung mit Antibiotika erfolgen soll, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.
- eine Behandlung mit Antibiotika nur zum Zweck der Beschwerdelinderung erfolgen soll, sofern dies palliativmedizinisch angezeigt ist.
- KEINE Behandlung mit Antibiotika erfolgen soll.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

In den oben beschriebenen exemplarischen Situationen entbinde ich die Ärztinnen und Ärzte, die mich behandeln, von ihrer Schweigepflicht gegenüber den folgenden Personen, um diese über meinen Gesundheitszustand informieren zu dürfen:

Meine Wünsche in Bezug auf den Ort, an dem ich sterben möchte, sowie meinen Beistand

- Nun erkläre ich (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) meine Wünsche für den Fall, dass ich mich im Sterbeprozess befinde.

Ich wünsche ...

- zu Hause bzw. in einer vertrauten Umgebung zu sterben, sofern dies möglich ist.
- in einem Hospiz zu sterben, sofern dies möglich ist.
- zum Sterben in einem Krankenhaus untergebracht zu werden.

Als Beistand wünsche ich ...

- folgende von mir benannte Person(en):



- eine Vertreterin bzw. einen Vertreter der folgenden Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft:

- eine Sterbebegleitung aus dem Hospiz.

Zur Verbindlichkeit, zur Auslegung, zur Durchsetzung sowie zum Widerruf meiner Patientenverfügung

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf die Rechtskraft meiner Patientenverfügung und darauf, dass meine diesbezüglichen Wünsche erfüllt werden.

- Die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie das gesamte Behandlungsteam sollen alle meine in dieser Patientenverfügung geäußerten Wünsche getreulich befolgen. Dafür, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird, soll meine gesetzliche Vertreterin bzw. mein gesetzlicher Vertreter (z. B. Betreuer oder Bevollmächtigter) Sorge tragen.
- Für den Fall, dass eine mich behandelnde Ärztin, ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein sollte, meinem in dieser Patientenverfügung geäußerten Patientenwillen zu folgen, soll sofort für eine anderweitige Behandlung (medizinischer und/oder pflegerischer Natur) gesorgt werden. Dafür, dass meine Behandlung nach den Vorgaben dieser Patientenverfügung organisiert wird, soll meine gesetzliche Vertreterin bzw. mein gesetzlicher Vertreter (z. B. Betreuer oder Bevollmächtigter) Sorge tragen.
- Für den Fall, dass eine Lebens- bzw. Behandlungssituation eintritt, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret genannt ist, soll mein mutmaßlicher Patientenwille von allen Beteiligten übereinstimmend ermittelt werden. Meine Patientenverfügung soll hierfür die Richtschnur bilden. Kommt es zu nicht übereinstimmenden Ansichten über die Anwendung oder Nichtanwendung ärztlicher bzw. pflegerischer Maßnahmen, soll die Ansicht folgender Person (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) besonders berücksichtigt werden:
 - meiner behandelnden Ärztin bzw. meines behandelnden Arztes
 - meiner Betreuerin bzw. meines Betreuers
 - meiner bzw. meines Bevollmächtigten
 - folgender Person: _____
- Solange ich meine Patientenverfügung nicht widerrufe, soll mir in der konkreten Anwendungssituation keine Änderung meines Willens unterstellt werden. Kommen die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte, das gesamte Behandlungsteam, meine Betreuerin bzw. mein Betreuer oder meine Bevollmächtigte bzw. mein Bevollmächtigter aufgrund meiner Blicke, Gesten oder sonstigen Äußerungen zur Auffassung, dass ich einen anderen Willen über die Anwendung oder Nichtanwendung ärztlicher bzw. pflegerischer Maßnahmen gebildet habe, als in meiner Patientenverfügung dargelegt, so soll von allen Beteiligten übereinstimmend ermittelt werden, ob die in meiner Patientenverfügung dargelegten Wünsche noch meinem aktuellen Patientenwillen entsprechen. Kommt es zu nicht übereinstimmenden Ansichten darüber, ob die in meiner Patientenverfügung getätigten Willensbekundungen noch meinem aktuellen Patientenwillen entsprechen, soll die Ansicht folgender Person (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) besonders berücksichtigt werden:

- meiner behandelnden Ärztin bzw. meines behandelnden Arztes
- meiner Betreuerin bzw. meines Betreuers
- meiner bzw. meines Bevollmächtigten
- folgender Person: _____

Information über Betreuer(in) bzw. Bevollmächtigte(n)

In den oben beschriebenen exemplarischen Situationen bitte ich um Kontaktaufnahme mit folgender Person, die ich als Betreuerin bzw. Betreuer oder als Bevollmächtigte bzw. Bevollmächtigten ausgewählt habe.



- Ich habe neben der Patientenverfügung auch eine Betreuungsverfügung erstellt, um eine Betreuerin bzw. einen Betreuer zu bestimmen, der sich unter anderem um meine Gesundheitsangelegenheiten kümmert und mit dem ich diese Patientenverfügung besprochen habe. Dies sind die Kontaktdaten der gewünschten Betreuerin bzw. des gewünschten Betreuers:

_____ VORNAME UND NACHNAME

_____ STRASSE UND HAUSNUMMER

_____ POSTLEITZAHL UND WOHNORT

_____ RUFNUMMER

_____ E-MAIL-ADRESSE



- Ich habe neben der Patientenverfügung auch eine Vorsorgevollmacht erstellt, um eine Bevollmächtigte bzw. einen Bevollmächtigten zu bestimmen, der sich um meine Gesundheitsangelegenheiten kümmert und mit dem ich diese Patientenverfügung besprochen habe. Dies sind die Kontaktdaten der von mir bevollmächtigten Person:

_____ VORNAME UND NACHNAME

_____ STRASSE UND HAUSNUMMER

_____ POSTLEITZAHL UND WOHNORT

_____ RUFNUMMER

_____ E-MAIL-ADRESSE

Darlegung der allgemeinen Wertvorstellungen

Damit meine Patientenverfügung auch in solchen Fällen verwendet werden kann, die oben möglicherweise nicht konkretisiert wurden, lege ich in freier Formulierung meine allgemeinen Wertvorstellungen dar.



Aussagen, die sich auf die Rechtskraft meiner Patientenverfügungen beziehen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die folgenden Aussagen, die meine Patientenverfügung rechtskräftig machen.

- Ich bin mir bewusst, dass ich meine Patientenverfügung jederzeit ändern oder widerrufen kann.
- Ich bin mir über die Inhalte meiner Patientenverfügung bewusst sowie über die Konsequenzen, die die in der Patientenverfügung getroffenen Entscheidungen haben.
- Ich habe meine Patientenverfügung aus eigenen Stücken und ohne äußeren Druck erstellt.
- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.



Hinweise zur Aktualisierung meiner Patientenverfügung

Nun bestimme ich noch, ob die Patientenverfügung bis auf Widerruf oder bis zu einem bestimmten Datum gelten soll (die Auswahl erfolgt durch Ankreuzen).

- Diese Patientenverfügung soll so lange gelten, bis ich sie widerrufe.
- Diese Patientenverfügung soll bis zum _____ (Datumsangabe) gelten und dann ihre Gültigkeit verlieren. Wenn ich zu diesem Datum nicht wünsche, dass die Patientenverfügung ihre Gültigkeit verliert, muss ich sie erneut mit Datum und Unterschrift bekräftigen.

Ärztliche Aufklärung und Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Da eine Patientenverfügung nur dann gültig ist, sofern ich zum Zeitpunkt des Erstellens der Patientenverfügung »einwilligungsfähig« bin, lasse ich mir die Einwilligungsfähigkeit ärztlich bestätigen. Die Einwilligungsfähigkeit kann gegebenenfalls auch notariell bestätigt werden.

Herr/Frau _____

ist von mir am _____ im Hinblick auf die Inhalte und die Konsequenzen dieser Patientenverfügung aufgeklärt worden. Er/Sie war zu diesem Zeitpunkt vollumfänglich einwilligungsfähig.

ORT, DATUM



UNTERSCHRIFT, STEMPEL DES ARZTES/DER ÄRZTIN

In den oben beschriebenen exemplarischen Situationen verzichte ich, soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.



ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT