

Wichtiger Hinweis: Dieses Muster enthält Formulierungshilfen/ Vorschläge (Textbausteine). Sie sollten mit diesen Hilfen und nach ärztlicher Beratung die Patientenverfügung vollständig selbst schreiben und durch eine Vorsorgevollmacht und/ oder Betreuungsverfügung ergänzen.

I. Meine Personalien:

Name (ggf. Geburtsname), Vorname, Geburtsdatum, Anschrift

II. Beschreibung der Situation, in der Patientenverfügung gelten soll

Diese Patientenverfügung errichte ich für den Fall, dass ich nicht mehr selbst Entscheidungen treffen oder meinen Willen nicht mehr verständlich äußern kann. Sie soll gelten, wenn

1. der Tod mit aller Wahrscheinlichkeit unmittelbar bevorsteht und unabwendbar ist, ich mich damit im unmittelbaren Sterbeprozess befinde
2. ich mich im Endstadium einer unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheit befinde, auch wenn der Zeitpunkt meines Todes noch nicht absehbar ist
3. ich durch eine Gehirnschädigung nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen/ Ärzte meine Fähigkeit mit aller Wahrscheinlichkeit unwiederbringlich verloren habe, selbst Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mich anderen Menschen mitzuteilen, zum Beispiel bei Unfall, Schlaganfall oder nach Wiederbelebung, bei Schock oder Lungenversagen. Dabei bin ich mir bewusst, dass auch in diesem Zustand die Empfindungsfähigkeit erhalten sein kann und ein Aufwachen nicht sicher auszuschließen ist
4. ich bei einem weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozess, zum Beispiel im Falle einer Demenz, auch mit fremder Hilfe keine Nahrung und Flüssigkeit auf natürlichem Wege aufnehmen kann.

(ggf. Nennung weiterer Situationen, die zu einer Einwilligungsunfähigkeit führen können)
Hinweis zu den Voraussetzungen 1 bis 4: Sie können Fälle davon einzeln festlegen, aber auch kombinieren: „Die Patientenverfügung soll gelten wenn... sowie dann wenn“

III. Konkrete Behandlungswünsche in den unter Nr. II genannten Situationen (nur beispielhafte Aufzählung, keineswegs abschließend):

In den oben genannten Situationen möchte ich

- dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle (Indizierte) getan wird, um mich am Leben zu erhalten , (meist bezogen auf bestimmte der oben genannten Situationen 1 bis 4) *oder alternativ*
- nur lindernde (palliativmedizinische oder pflegerische) Maßnahmen insbesondere zur Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Übelkeit und Erbrechen sowie Mundpflege zur Linderung des Durstgefühls (soweit gewünscht ergänzen oder ausschließen: Die Möglichkeit einer Bewusstseinstäubung, von Abhängigkeit und einer Lebensverkürzung nehme ich in Kauf).
- keine Wiederbelebungsmaßnahmen
- keine künstliche Ernährung (über eine Sonde durch den Mund, die Nase, die Bauchdecke oder die Vene)
- künstliche Ernährung und/ oder künstliche Flüssigkeitszufuhr nur zur Beschwerdelinderung (bei palliativmedizinischer Indikation)
- keine künstliche Beatmung, aber Medikamente zur Linderung von Luftnot, wobei ich die Möglichkeit einer Bewusstseinstäubung oder Lebensverkürzung in Kauf nehme
- keine Dialyse
- keine Antibiotika zur Lebensverlängerung sondern nur zur Beschwerdelinderung
- keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen zur Lebensverlängerung sondern nur zur Beschwerdelinderung
- keine Chemotherapie
- keine Strahlentherapie
-

(Hinweis zu den Maßnahmen: Sie können für alle Voraussetzungen das Gleiche festlegen, aber für verschiedene Voraussetzungen auch Verschiedenes bestimmen, zum Beispiel: im Fall 2 möchte ich, in den Fällen 3 und 4 aber.....)

IV. Aufenthaltswünsche

Ich möchte

- möglichst zu Hause oder in vertrauter Umgebung sterben (oder)
- möglichst in einem Hospiz sterben.

Ich möchte Beistand

- durch folgende Personen.....
- durch Vertreter einer Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft.....
- hospizlichen Beistand.....

V. Ergänzende Vollmacht (Der Sozialverband VdK empfiehlt unbedingt die zusätzliche Errichtung einer Vorsorgevollmacht!)

Ich habe eine Vorsorgevollmacht erteilt und diese Patientenverfügung mit dem Bevollmächtigten besprochen. Personalien des Bevollmächtigten (Name, Anschrift, Telefon, Telefax, E-Mail):.....

(oder) Ich habe eine Betreuungsverfügung erstellt für

Ich wünsche, dass mein Bevollmächtigter (Betreuer) meinem in dieser Patientenverfügung niedergelegten Willen Geltung verschafft. Ich entbinde deshalb die behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber

Wenn ein Arzt meinen Willen gemäß der Patientenverfügung nicht befolgen will, soll der Bevollmächtigte (Betreuer) für eine andere Behandlung sorgen.

VI. Ergänzende Ausführungen

Arzt/ Ärztin meines Vertrauens ist (Name, Anschrift, Telefon, Telefax, E-Mail)

eventuell: Vor Abfassung dieser Patientenverfügung habe ich mich neben dem Bevollmächtigten (Betreuer) mit dem Arzt/ der Ärztin beraten

(Unterschrift und Stempel des Arztes)

Solange ich die Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn die behandelnden Ärzte, mein Bevollmächtigter oder Betreuer aufgrund von Äußerungen wie Blicken oder Gesten meinen, dass ich entgegen der Patientenverfügung behandelt oder nicht behandelt werden will, soll mein Wille möglichst einvernehmlich festgestellt werden.

Falls ich in hilfloser Lage aufgefunden werde, sollen diese Personen (oder hier eventuell andere Personen benennen) benachrichtigt werden

eventuell: Zur Auslegung meiner Patientenverfügung habe ich eine Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen beigefügt.

eventuell: Ich habe einen Organspendeausweis erstellt (befindet sich wo). Werden zur Durchführung der Organspende ärztliche Maßnahmen erforderlich, die ich in der Patientenverfügung untersagt habe, geht die Bereitschaft zur Organspende vor (oder) geht die Patientenverfügung vor.

Ich gebe diese Patientenverfügung in eigener Verantwortung ohne äußeren Druck und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte ab. Ich weiß, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ändern oder widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

eventuell: Bestätigung des Arztes über die Beratung und die Einwilligungsfähigkeit/eines Notars über die Einwilligungsfähigkeit

Ich habe diese Patientenverfügung überprüft und bestätige, dass die genannten Bestimmungen weiterhin meinem Willen entsprechen. (gegebenenfalls mit folgenden Änderungen:)

Ort, Datum

Unterschrift