

**- Patientenverfügung -
(ggf. mit Organspendeverfügung)**

Wichtiger Hinweis: Sie können zwar die betreffenden Punkte ankreuzen. Wir empfehlen aber, die Patientenverfügung selbst zu schreiben.

Meine Personalien:

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

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, z. B. 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 auszuschließen ist
4. ich bei einem weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozess, z. B. im Falle einer Demenz, auch mit fremder Hilfe keine Nahrung und Flüssigkeit auf natürlichem Wege aufnehmen kann.

(Sonstige Situationen)

Mögliche Ergänzung: Dies soll auch für vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände gelten.

(Hinweis: Die einzelnen Voraussetzungen können natürlich auch kombiniert werden durch und)

In den oben genannten Situationen möchte ich

- nur lindernde (palliativmedizinische oder pflegerische) Maßnahmen insbesondere zur Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Übelkeit und Erbrechen sowie Mundpflege zur Linderung des Durstgefühls. 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)
- keine Flüssigkeitsgabe (außer zur Beschwerdelinderung)
- 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: Einzelne Punkte können natürlich weggelassen oder durch und verbunden werden. Sie können auch festlegen, dass bestimmte Maßnahmen nur in bestimmten Fällen ausgeschlossen sein sollen, zum Beispiel nur in den Fällen 1 und 2 möchte ich keine künstliche Ernährung.)

Ich möchte

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden (oder)
- 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.....
- durch Vertreter eines Hospizes.....

Ich habe eine Vollmacht erteilt und diese Patientenverfügung mit dem Bevollmächtigten besprochen.

Personalien des Bevollmächtigten:

Name

Anschrift

Telefon / Telefax/ E-Mail

(Oder) Ich habe anstelle einer Vollmacht eine Betreuungsverfügung für die oben genannte Person erstellt.

Ich wünsche, dass mein Bevollmächtigter meinem in dieser Patientenverfügung niedergelegten Willen Geltung verschafft. Wenn ein Arzt meinen Willen gemäß der Patientenverfügung nicht befolgen will, soll der Bevollmächtigte für eine andere Behandlung sorgen. Dabei weise ich ausdrücklich darauf hin, dass die Befolgung der in dieser Patientenverfügung getroffenen Bestimmungen keine aktive Sterbehilfe darstellt. Ich wünsche nicht, dass mir ein von dieser Patientenverfügung abweichender Wille unterstellt wird, solange ich Bestimmungen der Patientenverfügung nicht schriftlich oder nachweislich mündlich widerrufen habe.

Arzt/ Ärztin meines Vertrauens ist:

(Name, Anschrift, Telefon, Telefax)

Falls sich allein aus der Patientenverfügung mein Wille nicht ausreichend deutlich erkennen lässt, soll folgenden Vertrauenspersonen Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden (§ 1901 b BGB):

(Name, ggf. Verwandtschaftsverhältnis, Geburtsdatum, Anschrift, Telefon, Telefax)

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 und erkläre damit meine Bereitschaft zur Organspende. 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: Vor Abfassung dieser Patientenverfügung habe ich mich neben dem Bevollmächtigten (Betreuer) beraten lassen durch
(hier Arzt oder eventuell andere Personen benennen)

eventuell: Bestätigung des Arztes über die Beratung und die Einwilligungsfähigkeit (Hinweis: Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch einen Notar bestätigt werden.)

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift