

PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich,

geboren am:

wohnhaft in:

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:

1. Situationen, für die diese Verfügung gelten soll

*Zutreffendes bitte ankreuzen -
Nichtzutreffendes bitte streichen*

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.	<input type="checkbox"/>
Wenn ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener 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. ¹	<input type="checkbox"/>
Wenn ich infolge eines 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. ²	<input type="checkbox"/>

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

(Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.)

2. Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen:

Lebenserhaltende Maßnahmen

In allen unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich,

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 eine fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten, sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Schmerz- und Symptombehandlung³⁾

In allen unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung³⁾

aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

ODER

Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr⁴⁾

In allen unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich,

dass eine künstliche Ernährung ⁴⁾ und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation ⁵⁾ zur Beschwerdelinderung erfolgt.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

ODER

dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgt.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Wiederbelebung⁶⁾

In allen unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich,

die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.	<input type="checkbox"/>
dass ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.	<input type="checkbox"/>

Künstliche Beatmung

In allen unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich,

dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Dialyse

dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Antibiotika

Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

ODER

keine Antibiotika.	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------

Blut/Blutbestandteile

die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

ODER

keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

ODER

wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

ODER

wenn möglich in einem Hospiz sterben.	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------

Ich möchte

- Beistand durch folgende Personen:

- Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder

Weltanschauungsgemeinschaft: _____

- hospizlichen Beistand: _____

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

<p>Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein Vertreter– z.B. Bevollmächtigter/ Betreuer – soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Sollte ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meinem Vertreter (Bevollmächtigter/Betreuer) erwarte ich, dass er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>In Lebens- und Behandlungssituationen, 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. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen:</p> <p><input type="checkbox"/> - meinem Bevollmächtigten / - meinem Betreuer ODER</p> <p><input type="checkbox"/> - dem behandelnden Arzt. ODER</p> <p><input type="checkbox"/> - anderer Person: _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>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 Ärzte/ das Behandlungsteam/ mein Bevollmächtigter/ Betreuer 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. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen:</p> <p><input type="checkbox"/> - meinem Bevollmächtigten / meinem Betreuer ODER</p> <p><input type="checkbox"/> - dem behandelnden Arzt ODER</p> <p><input type="checkbox"/> - anderer Person: _____</p>	<input type="checkbox"/>

Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

<p>Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:</p> <p>Bevollmächtigter evtl. 2. Bevollmächtigter</p> <p>Name: _____ Name: _____</p> <p>Anschrift: _____ Anschrift: _____</p> <p>_____</p> <p>Telefon: _____ Telefon: _____</p> <p>Mobil: _____ Mobil: _____</p>	<input type="checkbox"/>
oder	
<p>Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl des Betreuers erstellt (ggfs.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit dem von mir gewünschten Betreuer besprochen).</p> <p>Gewünschter Betreuer:</p> <p>Name: _____</p> <p>Anschrift: _____</p> <p>Telefon: _____</p>	<input type="checkbox"/>

Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

<p>Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen</p> <p>z.B. eigene Biographie, wichtige Ereignisse mit Wertungen darstellen z.B. Tod einer nahestehenden Person, Erfahrungen mit dem Alterwerden, Umgang mit derzeitigen Krankheiten, religiöse Anschauung.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:</p>	<input type="checkbox"/>

Organspende

<p>Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu und habe einen Organspendeausweis ausgefüllt. Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür</p>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann <input type="checkbox"/> - geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor. <input type="checkbox"/> - gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.	
--	--

ODER

Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Schlussformel

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Schlussbemerkungen

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.

Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.

Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei / durch

und beraten lassen durch

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers

Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/ Frau _____

wurde von mir am _____

bzgl. der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum _____

Unterschrift, Stempel des Arztes

Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch einen Notar bestätigt werden.

Aktualisierung

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

ODER

Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von _____ ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Ort	Datum	Unterschrift

Anhang zur Patientenverfügung

Erläuterungen

¹⁾ Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patienten sind in der Regel unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei Wachkomapatienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein eingeschränkt selbstbestimmtes Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

²⁾ Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z.B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

³⁾ Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in äußerst seltenen Situationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine unbeabsichtigte geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sogenannte indirekte Sterbehilfe).

⁴⁾ Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patienten. Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u.a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann.

⁵⁾ Palliativmedizin ist die medizinische Fachrichtung, die sich primär um die Beschwerdelinderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei Patienten mit unheilbaren Erkrankungen kümmert. Eine palliativmedizinische Indikation setzt daher immer das Ziel der Beschwerdelinderung und nicht das Ziel der Lebensverlängerung voraus.

⁶⁾ Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z.B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.