

# PATIENTENVERFÜGUNG

(Formulierungsvorschlag/nicht Zutreffendes streichen)

Meine Personalien:

Name: ..., Vorname: ...  
geb. am: ..., Geburtsort: ...  
Wohnort: ..., Straße: ...

Die folgende Verfügung bedeutet keinen generellen Behandlungsverzicht. Für den Fall aber, dass ich durch Krankheit oder Unfall meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit (Einwilligungsfähigkeit) nach ärztlicher Einschätzung aller Wahrscheinlichkeit nach auf Dauer verloren habe und ich

- mich unabwendbar und unmittelbar im Sterben befinde oder
- mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist oder
- in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen, mein Umfeld wahrzunehmen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach ärztlicher Einschätzung aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren habe, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist; dabei ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu inneren Empfindungen erhalten sein kann und die Rückkehr in ein bewusstes Leben nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden kann, oder
- in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. einer Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen,

verfüge ich:

1. Es sollen alle möglichen lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Ich wünsche jedoch in jedem Fall eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege sowie eine fachgerechte medizinische Versorgung und Pflege (Palliative Care). Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden.
2. Es soll keine künstliche Ernährung mehr erfolgen, unabhängig von der Form der Zuführung (z. B. Magensonde durch die Nase oder Bauchdecke oder venöse Zugänge). Eine künstliche Flüssigkeitszufuhr darf nur zur Linderung meiner Beschwerden erfolgen.
3. Antibiotika, Blut und Blutbestandteile dürfen nur gegeben werden, wenn sie zur Linderung meiner Beschwerden beitragen.

4. Es soll keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete eingestellt werden, 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.
5. Bei Herz-Kreislauf-Stillstand oder Atemversagen sind Wiederbelebungsversuche zu unterlassen. Es soll keine Notfallbehandlung erfolgen.
6. Auch die folgenden lebenserhaltenden Maßnahmen sollen nicht durchgeführt bzw. eingestellt werden: ....
7. Ich erwarte eine jeweils den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende Schmerztherapie. Atemnot, Angst, Unruhe und andere mich belastende Zustände sollen verhindert bzw. gelindert werden.
8. Wenn alle medizinisch möglichen Hilfestellungen zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, wünsche ich zur Linderung meiner Beschwerden auch bewusstseinsdämpfende Medikamente. Mit einer möglichen Verkürzung meiner Lebenszeit durch solche Maßnahmen bin ich einverstanden.
9. Weitere Wünsche, Anordnungen und meine Wertvorstellungen: ...
10. Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt. Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem nach Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht, dürfen hierfür alle Maßnahmen zur Lebenserhaltung, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, kurzfristig fortgesetzt werden.

Als Vertrauensperson benenne ich:

Name, Vorname, Geburtsdatum: ...

Adresse: ...

Telefon: ...

Mit ihr habe ich meine Patientenverfügung besprochen. Sie ist bereit, über meine Wünsche und meinen Willen Auskunft zu geben. Durch ihre Unterschrift bestätigt sie, dass sie keinen Zweifel an meiner Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit hat.

Ort, Datum, Unterschrift der Vertrauensperson

Ich habe zusätzlich zu dieser Patientenverfügung eine Vollmacht erteilt an:

Name, Vorname, Geburtsdatum: ...

Adresse: ...

Telefon: ...

Meine Patientenverfügung soll nur im Einvernehmen mit meinen Bevollmächtigten umgesetzt werden.

Mein Hausarzt/meine Hausärztin hat meine Patientenverfügung zur Kenntnis genommen.

Name: ...

Adresse: ...

Telefon: ...

Stempel/Unterschrift

Mein Hausarzt/meine Hausärztin ist bereit, über meinen Gesundheitszustand und über meine Wünsche und Vorstellungen Auskunft zu geben. Ich entbinde ihn/sie von der Schweigepflicht gegenüber meiner Vertrauensperson und dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Einvernehmen mit allen Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein.

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Mir ist die Möglichkeit einer Änderung oder eines Widerrufs der Patientenverfügung bekannt. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird. Sollten wegen bestimmter Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen Zweifel aufkommen, ob ich in einer aktuellen Situation nicht doch noch eine lebenserhaltende Behandlung erfahren möchte, soll möglichst im Einvernehmen mit allen Beteiligten ermittelt werden, ob die Festlegungen in der Verfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung beraten lassen durch

...

Ort, Datum und Unterschrift der verfügenden Person

...

Aktualisierung der Patientenverfügung:

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend

- in vollem Umfang
- mit folgenden Änderungen: ...

Datum und Unterschrift

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend

- in vollem Umfang
- mit folgenden Änderungen: ...

Datum und Unterschrift

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend

- in vollem Umfang
- mit folgenden Änderungen ...

Datum und Unterschrift