
Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

Meine Verfügung soll gelten, wenn

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte 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.
- 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.
- eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

Anmerkung:

Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.

PATIENTENVERFÜGUNG

Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.

oder

- 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 fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

Schmerz- und Symptombehandlung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.

oder

- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung.

Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

oder

- dass eine künstliche Ernährung und / oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativ-medizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgen.

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 erfolgen.

PATIENTENVERFÜGUNG

Wiederbelebung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

Versuche der Wiederbelebung.

oder

die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.

dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

oder

lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z.B. Operationen) unerwartet eintreten.

Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

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.

Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

oder

keine Antibiotika.

PATIENTENVERFÜGUNG

Blut / Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

oder

keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

ins Krankenhaus verlegt werden, sofern medizinisch dringlich erforderlich.

oder

wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

wenn möglich im Hospiz sterben.

Ich möchte Beistand

durch folgende Personen / Institutionen (z.B. Glaubensgemeinschaft):

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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

PATIENTENVERFÜGUNG

Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann
- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
- gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

oder

- ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

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.

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

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird.

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.

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Bevollmächtigter

Anschrift

Telefon

PATIENTENVERFÜGUNG

... die in Ihrer Patientenverfügung festgelegten Anordnungen beruhen meist auf persönlichen Wertvorstellungen, Lebenshaltungen, religiösen Anschauungen, Hoffnungen oder Ängsten. Um die Festlegungen in einer Patientenverfügung besser nachvollziehen zu können, kann es für das medizinische Behandlungsteam ebenso wie für Bevollmächtigte, Betreuerin oder Betreuer hilfreich sein, ihre persönlichen Auffassungen dazu zu kennen. Insbesondere dann, wenn es in Bezug auf den Patientenwillen Auslegungsprobleme gibt oder wenn die konkrete Situation nicht genau derjenigen entspricht, die sie in der Patientenverfügung beschrieben haben...

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich eine Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen beigefügt:

Ort/Datum

Unterschrift

Herr/Frau _____

wurde von mir am _____

bezüglich der möglichen Folgen einer Patientenverfügung aufgeklärt.
Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Ort/Datum

Unterschrift | Stempel der Ärztin/des Arztes

PATIENTENVERFÜGUNG

Aktualisierung

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

in vollem Umfang.

mit folgenden Änderungen:

Ort/Datum

Unterschrift

Aktualisierung

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

in vollem Umfang.

mit folgenden Änderungen:

Ort/Datum

Unterschrift

