
PATIENTENVERFÜGUNG



Vorname

Nachname

Geburtsdatum

PLZ, Wohnort

Straße, Haus-Nr.

Telefon

1. Meine Wünsche und Werte

Wenn ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, insbesondere am Ende meines Lebens, erwarte ich von allen, die mich begleiten, dass sie sich bei ihren Entscheidungen an meinen Verfügungen und Werten orientieren. Sie sollen sich weder von ihrem eigenen Willen noch von dem, was medizinisch-technisch machbar ist, leiten lassen.

2. Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll

(Bitte kreuzen Sie diejenigen Situationen an, in denen diese Verfügung gelten soll.)

Die folgende Verfügung soll gelten für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann und

- ich mich nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- 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 Entzündungen, 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 sehr 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.

3. Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter medizinischer Maßnahmen

3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden bzw. eingestellt werden und palliativ nur Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und andere belastende Symptome gelindert werden.

3.2 Schmerz- und Symptombehandlung

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

3.3 Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Unterlassung einer künstlichen Ernährung und die Unterlassung einer künstlichen Flüssigkeitszufuhr (weder über Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene).

3.4 Antibiotika

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass keine Behandlung mit Antibiotika durchgeführt wird (außer zur Beschwerdelinderung).

3.5 Blutersatzprodukte

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich

- keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

3.6 Künstliche Beatmung

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine eingeleitete Beatmung eingestellt wird, vorausgesetzt, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

3.7 Dialyse

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich,

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

3.8 Kreislaufstabilisierende Medikamente

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich

keine Gabe von kreislaufstabilisierenden Medikamenten.

3.9 Wiederbelebende Maßnahmen

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich

die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.

für den Fall, dass ein Notarzt hinzugezogen wird, dass dieser unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

3.10 Organspende

Ich habe einen Organspendeausweis und stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender:in in Betracht und müssen dafür medizinische 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.

(nur eine der beiden Optionen ankreuzen!)

4. Verbindlichkeit und Widerruf

Ich wünsche, dass mein in dieser Patientenverfügung geäußertes Willen befolgt wird und der oder die von mir benannte Bevollmächtigte bzw. meine rechtl. Betreuung für dessen Umsetzung Sorge trägt. Der Wunsch nach Unterlassung von medizinischen Maßnahmen ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe. In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln; dazu soll diese Verfügung gemäß § 1827 Abs. 2 BGB maßgeblich sein. Im Falle, dass der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin und die von mir bevollmächtigte Person sich über meinen mutmaßlichen Willen nicht einig sind, sollen alle Möglichkeiten der Konsensfindung (einschließlich der Einbeziehung einer ggf. vorhandenen Ethikberatung) ausgeschöpft werden. Wenn dadurch keine Konsensfindung möglich ist, soll das Betreuungsgericht eingeschaltet werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und mit dem/der/den Bevollmächtigten über ihre Inhalte gesprochen.

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Betreuungsverfügung erstellt.

5. Beratung

Ich wurde bei der Erstellung meiner Patientenverfügung beraten durch:

Name

E-Mail

PLZ, Wohnort

Straße, Haus-Nr.

Telefon

Arzt oder Ärztin meines Vertrauens

Name

E-Mail

PLZ, Wohnort

Straße, Haus-Nr.

Telefon

6. Vorsorgevollmacht

Bevollmächtigte(r)

E-Mail

PLZ, Wohnort

Straße, Haus-Nr.

Telefon

7. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen in dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

Ort, Datum

Unterschrift



Hospiz- und Palliativ-Verein Gütersloh e.V.

Hochstr. 19 | 33332 Gütersloh | Tel. 05241-708 90 22 | www.hospiz-und-palliativmedizin.de