

Patientenverfügung

Meine Personalien:

Name: _____ Vorname: _____

Geb. am: _____ Geburtsort: _____

Wohnort: _____ Straße: _____

Für den Fall, dass ich durch Krankheit oder Unfall meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit (Einwilligungsfähigkeit) nach ärztlicher Einschätzung auf Dauer verloren habe und ich

- mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar und unmittelbar im Sterben befinde.
- mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren habe, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Die 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.
- 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:

Solange Aussicht besteht, dass mir ein erträgliches und umweltbezogenes Leben ermöglicht werden kann, erwarte ich die Ausschöpfung aller intensivmedizinischen Maßnahmen und sonstigen Mittel zur Lebenserhaltung. Ein erträgliches Leben ist für mich nicht mehr gegeben, wenn

- nach ärztlicher Beurteilung keine zwischenmenschlichen Kontakte, wie Hören und Sehen, Sprechen und Fühlen auf Dauer nicht mehr möglich sind.
- ich nach ärztlicher Einschätzung vollständig pflegebedürftig bin, meine Angehörigen nicht mehr erkenne und auf äußere Reize nicht mehr reagiere.
- ich am Leben nicht mehr bewusst teilnehmen kann.

Im Falle, dass ein erträgliches und umweltbezogenes Leben für mich nicht möglich ist, erwarte ich als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts, dass folgende Anweisungen befolgt werden (nicht Zutreffendes bitte streichen):

1. Ich wünsche eine **menschenwürdige Unterbringung**, Zuwendung und Körperpflege, sowie eine fachgerechte medizinische Versorgung und Pflege (Palliative Care). Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, erforderlichenfalls mit entsprechender Hilfe.
2. Es soll **keine künstliche Ernährung** mehr erfolgen, unabhängig von der Form der Zuführung (z.B. Magensonde durch die Nase / Bauchdecke oder venöse Zugänge). Auch eine **künstliche Flüssigkeitszufuhr** soll **nicht** mehr erfolgen, es sei denn, sie dient der Sicherung meiner aktuellen Lebensqualität.
3. **Antibiotika, Blut und Blutbestandteile** dürfen nur gegeben werden, wenn sie zur Sicherung oder Verbesserung meiner aktuellen Lebensqualität zwingend erforderlich sind.
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. Auch die **folgenden lebenserhaltenden Maßnahmen** sollen nicht durchgeführt bzw. eingestellt werden (nicht Zutreffendes bitte streichen):
 - Dialyse
 - Organersatz
 - Verständigung des Notarztes, ggf. nur zur palliativen Versorgung
 - Versuche zur Wiederbelebung
6. Ich erwarte eine jeweils den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende **Schmerztherapie**. Atemnot, Angst, Unruhe und andere mich belastende Zustände sollen verhindert bzw. gelindert werden.
7. Wenn alle medizinisch möglichen Hilfestellungen für eine erträgliche Lebensqualität versagen, wünsche ich zur Linderung meiner Beschwerden auch **bewusstseinsdämpfende Medikamente**.
8. Ergänzend habe ich noch folgende Wünsche und Anordnungen (nicht Zutreffendes bitte streichen):
 - *Ich möchte wenn möglich in einem Hospiz / zu Hause sterben, im Krankenhaus bzw. in der Einrichtung sterben, in dem / in der ich mich befinde.*
 - *Ich möchte Beistand durch ambulante Hospizdienste, ich wünsche seelsorgerischen Beistand durch einen Pfarrer / anderen Seelsorger.*
 - *Ich möchte eine Feuerbestattung / Erdbestattung, ich möchte ein anonymes Grab / ein Baumgrab / eine Beerdigung auf dem Friedwald.*
 - *Ich möchte besucht werden. Ggf. von: _____*
 - *Grundsätzlich bin ich zur Spende meiner Organe und Gewebe bereit. Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntodes bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens*

*wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe oder Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). 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
oder Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.*

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Meine Vertrauensperson soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Sollte eine Ärztin oder 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 meiner Vertrauensperson erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Situationen, 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 Person besondere Bedeutung zukommen:

Name + Vorname:

Als **Vertrauensperson**, die nähere Angaben zu meinen Wünschen und meinem Willen machen kann und hierzu befragt werden soll, benenne ich:

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Die Vertrauensperson hat Kenntnis genommen von meiner Patientenverfügung und ist bereit, sich für mich einzusetzen. Sie bestätigt durch ihre Unterschrift, dass sie keinen Zweifel an meiner Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit hat und ich die Verfügung unabhängig von Einflüssen Dritter abgefasst habe.

Ort, Datum, Unterschrift der Vertrauensperson

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

Mein **Hausarzt**/meine **Hausärztin** hat meine Patientenverfügung zur Kenntnis genommen:

Name Dr. Manuela Auer-Rebmann

Adresse Hauptstr. 15, 72639 Neuffen

Telefon 07025/4141

Stempel/Unterschrift des Arztes:

Datum und Unterschrift des Patienten

Erneuerung der Patientenverfügung:

Die Patientenverfügung sollte in regelmäßigen Abständen (zum Beispiel jährlich) durch Unterschriften des Verfassers/ der Verfasserin und der Vertrauensperson erneuert werden. Sie kann auch verändert oder widerrufen werden. Dies wird wie folgt dokumentiert:

_____ Ort und Datum	_____ Unterschrift der verfügenden Person
_____ Ort und Datum	_____ Unterschrift der Vertrauensperson
_____ Ort und Datum	_____ Unterschrift der verfügenden Person
_____ Ort und Datum	_____ Unterschrift der Vertrauensperson
_____ Ort und Datum	_____ Unterschrift der verfügenden Person
_____ Ort und Datum	_____ Unterschrift der Vertrauensperson
_____ Ort und Datum	_____ Unterschrift der verfügenden Person
_____ Ort und Datum	_____ Unterschrift der Vertrauensperson

Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen: Bevollmächtigte(r)

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen).
Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Weitere Informationen erhalten Sie im Internet, z.B.:

www.dgvorsorge.de

<http://www.aerztekammer-bw.de/20buerger/70patientenverfuegung/index.html>

http://www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Patientenverfuegung.html;jsessionid=BE341A53A8EE2BB9A32856AD6468A57B.1_cid289?nn=6765634

<http://www.vdk.de/ov-folmhusen/ID151786>

Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.