PATIENTENVERFÜGUNG

Ich .....

geboren am: .....

wohnhaft in: .....

verfüge schon jetzt für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich mitteilen kann, bezüglich meiner medizinischen Versorgung und Behandlung Nachfolgendes.

Ziel einer jeden medizinischen Behandlung muss sein, mir ein Leben nach meinen Vorstellungen zu ermöglichen.

Leben nach meinen Vorstellungen bedeutet:

(Für Ihre Angehörigen und Ihren behandelnden Ärzte/ Ihr Behandlungsteam ist es wichtig, dass Sie über Ihre Lebensvorstellung und Lebensqualität informiert sind. Je genauer Sie diese beschreiben, umso hilfreicher ist diese Patientenverfügung im Entscheidungsprozess für Ihre Angehörigen und Ihr Ärzteteam. Gegebenenfalls fügen Sie ein gesondertes Blatt hinzu.)
Die Angaben zu Ihren Wertvorstellungen sind keine Pflicht. Sie ermöglichen eine Orientierung zur Entscheidungsfindung in den Situationen, die von dieser Patientenverfügung nicht ausdrücklich erfasst werden.

Für den Fall, dass

☐ ich die unten genannten Fähigkeiten dauerhaft verliere

(Hier können Sie Fähigkeiten benennen, deren dauerhafter Verlust NICHT mit Ihren Lebensentwurf in Einklang zu bringen ist! Zum Beispiel selbständig Nahrung und Flüssigkeit aufnehmen, mit anderen Menschen aktiv zu kommunizieren, sich eigenständig fortzubewegen...)

☐ ich mich in einem dauerhaften Zustand der/des

(Hier können Sie Einschränkungen Ihrer Lebensqualität benennen, deren dauerhaftes Vorhandensein NICHT mit Ihrem Lebensentwurf in Einklang zu bringen ist! Zum Beispiel Beatmung (Beatmungsgerät), Dialyse (Blutwäsche), künstliche Ernährung über Tropf oder Sonde ...)

☐ ich infolge einer Demenzerkrankung bzw. eines bereits weit fortgeschrittenen Abbaus meiner geistigen Funktionen weder selbstständig noch mit Hilfe Nahrung und Flüssigkeit auf natürlichem Wege zu mir nehmen kann, sondern nur noch in Form einer künstlichen Ernährung über einen Tropf oder eine Ernährungssonde möglich ist

☐ aufgrund einer Gehirnschädigung (zum Beispiel dauerhafte Bewusstlosigkeit, Schädelhirntrauma) meine Fähigkeit, Einsicht zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,

☐ ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,

☐ ich mich nach ärztlicher Prognose aller Wahrscheinlichkeit nach im unmittelbaren Sterbeprozess befinde

bestimme ich, dass

☐ **KEINE** Wiederbelebungsmaßnahmen eingeleitet werden

☐ **KEINE** lebensverlängernden apparativen Maßnahmen (zum Beispiel Dialyse, mechanische Herzunterstützungssystem) durchgeführt werden

☐ ich **NICHT** künstlich beatmet werde und in diesem Fall Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte und zwar auch, wenn diese meine Lebenszeit verkürzen

☐ mir **KEINE** lebenserhaltenden oder -verlängernden Medikamente und Blutprodukte verabreicht werden. Die Gabe von Medikamenten zur Linderung von Schmerzen und Beschwerden (z.B. Übelkeit, Unruhezustände, Verwirrtheit) verlange ich auch dann, wenn diese unter Umständen meine Lebenszeit verkürzen.

☑ Ich **KEINE** künstliche Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr über eine Sonde oder einen Tropf erhalte, sondern mein Hunger- und Durstgefühl auf natürlichem Weg gestillt wird

Weiteres:

Ich möchte in jedem Fall eine fachgerechte Körperpflege, Pflege der Mund- und Schleimhäute sowie Zuwendung und eine menschenwürdige Unterbringung.

Bei manchen zum Tode führenden Erkrankung können Symptome und Beschwerden auftreten (zum Beispiel Schmerzen, Erstickungsängste, Atemnot, Übelkeit, Angst usw.) die nur mit starken Medikamenten zu lindern sind.

Ich wünsche ausdrücklich eine Linderung solcher Symptome, auch für den Fall, dass

☐ sich dadurch meine Lebenszeit verkürzt

☐ dadurch meine geistigen Fähigkeiten oder mein Bewusstsein getrübt werden kann

☐ Ich möchte NICHT, dass solche Medikamente eingesetzt werden.

Ich wünsche eine Sterbebegleitung durch (zum Beispiel Familie, Freunde, Bekannte):

Ich wünsche keine Sterbebegleitung durch:
(zum Beispiel namentlich benannte Personen, die Sie nicht begleiten sollen oder Seelsorger)

Aufgrund meiner religiösen Überzeugung möchte ich:

Weitere Wünsche: (Rituale, Unterbringung, Musik, anderes)

Hinweis zur Organspende: Die Durchführung einer Organspende erfordert häufig kurzfristig medizinische Maßnahmen, die im Widerspruch zu dem Inhalt Ihrer Patientenverfügung stehen können. Wir empfehlen daher, in Ihre Patientenverfügung eine Erklärung aufzunehmen, wie zu verfahren ist, falls aufgrund einer schweren Hirnschädigung eine Situation auftritt, in der Sie als Organspender in Betracht kommen würden.

Für den Fall, dass ich bei einem sich abzeichnenden unwiederbringlichen Funktionsausfall des Gehirns als Organspender in Betracht komme, bestimme ich ergänzend Folgendes:

Hier können Sie Angaben zur Einschränkung der Organspende tätigen (Zum Beispiel welche Organe nicht entnommen werden dürfen.)

☐ Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach Feststellung meines Todes zu Transplantationszwecken zu. Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung eines unwiederbringlichen Ausfalls meiner gesamten Hirnfunktion bei aufrechterhaltenem Kreislauf und Fortführung einer künstlichen Beatmung entnommen werden können und dafür ärztliche Maßnahmen erforderlich werden, die ich in meiner Patientenverfügung grundsätzlich ausgeschlossen habe. Deshalb stimme ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch infrage kommt, der kurzfristigen (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinscher Maßnahmen zur Bestimmung des unwiederbringlichen Ausfalls der gesamten Hirnfunktion nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe zu.

☐ Sollte es vor der Feststellung des unwiederbringlichen Funktionsausfalls des Gehirns zu einem Herz- Kreislaufstillstand kommen, lehne ich Reanimationsmaßnahmen ab.

☐ Ich lehne eine Entnahme meiner Organe zur Transplantationszwecken ab.

Hinweis zur Gewebespende: Die Durchführung einer Gewebespende ist ausschließlich nach dem Tod möglich. Sie haben hier die Möglichkeit, Ihre Bereitschaft zur Gewebespende sowie gegebenenfalls Einschränkungen festzuhalten.

☐ Ich stimme einer Gewebespende zu.

☐ Ich stimme einer Gewebespende mit folgenden Einschränkungen zu:

Ich lehne eine Gewebespende ab.

Ich gebe diese Erklärung nach sorgfältiger Überlegung und in der vollen Verantwortung für mich selbst ab. Die Bedeutung und Tragweite meiner Erklärung ist mir bewusst, insbesondere ist mir bekannt, dass diese Verfügung meine Ärzte, Betreuer oder Bevollmächtigte bindet. Mir ist auch klar, dass meine Entscheidung in einer der o.g. Lebens- und Behandlungssituationen die benannten ärztlichen Maßnahmen abzulehnen, dazu führen kann, dass meine Lebenszeit verkürzt wird.

Die Ärzte meines Vertrauens:

(Hinweis: Ein ärztliches Beratungsgespräch ist gesetzlich nicht vorgeschrieben, wird aber empfohlen, insbesondere um sicherzustellen, dass Sie die Bedeutung und Tragweite der Verfügung richtig erfasst haben.)

1. Name: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

2. Name: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

haben mich über die Bedeutung und Folgen meiner Entscheidung aufgeklärt, in den von mir benannten Lebens- und Behandlungssituationen auf die benannten ärztlichen Maßnahmen zu verzichten.

☐ Ich habe ergänzend zu dieser Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht verfasst.

Bevollmächtigter ist:

Name: .....

Adresse: .....

.....

Telefon: .....

☐ Ich habe ergänzend zu dieser Patientenverfügung eine Betreuungsverfügung verfasst.

Betreuer soll sein:

Name: .....

Adresse: .....

.....

Telefon: .....

Für den Fall, dass von mir keine Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung erstellt wurde, bestimme ich als **Personen meines Vertrauens**:

Name: .....

Adresse: .....

.....

Telefon: .....

die/der meiner Patientenverfügung Ausdruck und Geltung zu verschaffen hat. In einer Situation, die von dieser Verfügung nicht erfasst ist, soll die Vertrauensperson zur Ermittlung meines mutmaßlichen Willens befragt werden und gleichzeitig entbinde ich die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht gegenüber dieser Person.

Keinesfalls befragt werden soll/sollen:

Herr/Frau: .....

Adresse: .....

.....

Datum

.....

Unterschrift