

PATIENTENVERFÜGUNG

Ich, _____, geb. 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 folgendes:

Ich möchte in Würde sterben und bitte meine Ärzte, Angehörige und Pfleger mir dabei beizustehen.

1. Wenn

- ich mich nach ärztlicher Prognose aller Wahrscheinlichkeit nach im unabwendbaren, unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- zwei Fachärzte unabhängig voneinander bestätigt haben, dass infolge einer Gehirnschädigung (bspw. Schädelhirntrauma, irreversible Bewusstlosigkeit, Wachkoma) meine Fähigkeit, Einsichten 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. Mir ist bewusst, dass die Möglichkeit dass ich aus diesem Erwichen werde, nie ganz auszuschließen ist.
- ich infolge einer Demenzerkrankung bzw. eines sehr weit fortgeschrittenen Abbaus meiner geistigen Funktionen nicht mehr selbst oder aber mit Hilfe Dritter in der Lage bin, Nahrung oder Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen,

verzichte ich auf die Einleitung oder Aufrechterhaltung ärztlicher Maßnahmen, die allein der Lebensverlängerung oder –erhaltung dienen.

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

Hinweis: Bei den genannten Situationsbeschreibungen handelt es sich nur um eine beispielhafte Aufzählung. Weitere sind denkbar, insbesondere wenn bereits eine Erkrankung vorliegt. In Ihrer Patientenverfügung müssen Sie die Situationen aufnehmen, für die Ihre Verfügung gelten soll.

2. Ich bestimme für den Fall, dass ich mich in einer der von mir beschriebenen Lebens- und Behandlungssituationen befinde, dass

- keine Wiederbelebensmaßnahmen eingeleitet werden.
- ich keine künstliche Ernährung erhalte.
- mir keine lebenserhaltenden oder –verlängernden Medikamente verabreicht werden. Die Gabe von Medikamenten zur Linderung von Schmerzen und Beschwerden verlange ich auch dann, wenn diese unter Umständen meine Lebenszeit verkürzen.
- ich nicht künstlich beatmet werde, verlange aber in diesem Fall Medikamente zur Linderung der Luftnot zu erhalten. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Für den Fall, dass in der von mir beschriebenen Lebens- und Behandlungssituation eine der vorgenannten Maßnahmen bereits eingeleitet worden sein sollte, verlange ich deren Einstellung. Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.

Ich verlange Zuwendung und eine menschenwürdige Unterbringung. Ich möchte in jedem Fall eine fachgerechte Körperpflege, lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Pflege der Mund- und Schleimhäute zur Vermeidung des Durstgefühls. Ich verlange lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen, selbst wenn dadurch mein Tod voraussichtlich früher eintritt.

Hinweis: Es handelt sich nur um eine beispielhafte Aufzählung. Sie können weitere ärztliche Maßnahmen in Ihre Verfügung einbeziehen, wie z. B. Dialyse, Bluttransfusion oder Organtransplantation. Sie sollten genau prüfen, auf welche ärztlichen Maßnahmen Sie persönlich in bestimmten Lebenssituationen verzichten möchten.

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

Bevollmächtigte(r):

Name, Vorname

Straße, Ort

Tel.

Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe.

Ich gebe diese Erklärung nach sorgfältiger Überlegung ab. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe. 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.

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Mein Hausarzt oder Arzt/Ärztin des Vertrauens

Name

Straße, Ort

Tel. / Telefax

hat mich am _____ (Datum) über die Bedeutung und Folgen meiner Entscheidung in der von mir beschriebenen Lebens- und Behandlungssituation, auf die benannten o. g. ärztlichen Maßnahmen zu verzichten, aufgeklärt.

Mein Arzt ist berechtigt, folgenden Personen Auskunft über meinen gesundheitlichen Zustand zu geben und ist insoweit von der Schweigepflicht entbunden.

Name, Vorname

Straße, Ort

Tel.

Hinweis: Ein ärztliches Beratungsgespräch ist gesetzlich nicht vorgeschrieben, wird aber empfohlen, insbesondere um die Bedeutung und Tragweite der Verfügung besser zu erfassen.

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von:

Name

Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Telefon

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille nicht verändert hat.

Ort	Datum	Unterschrift

Hinweis: Eine regelmäßige Aktualisierung ist gesetzlich nicht erforderlich. Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z.B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.