|  |
| --- |
| . |

Patientenverfügung

Ich,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |
| (Vorname) |  | | (Nachname) |
|  | |  |  |
| (Geburtsdatum) | |  | (Geburtsort) |
|  |  | |  |
| (Anschrift) | | | |

bestimme hiermit für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu bilden und/oder verständlich mitzuteilen:

Wenn

|  |
| --- |
| . |

* ich mich nach aller Wahrscheinlichkeit und nicht mehr abwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.  
  *oder*
* ich mich im Endstadium einer nicht heilbaren und tödlich verlaufenden Erkrankung befinde, auch wenn der Zeitpunkt meines Todes noch nicht absehbar ist.  
  *oder*
* ich wegen einer Schädigung meines Gehirns keine Einsichten mehr gewinnen kann, keine Entscheidungen mehr treffen kann sowie nicht mehr in der Lage bin, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten und dieser Verlust meiner diesbezüglichen Fähigkeiten nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte/Ärztinnen unwiederbringlich ist, auch wenn der Zeitpunkt meines Todes noch nicht abgesehen werden kann. Dies gilt sowohl für direkte Schädigungen meines Gehirns z.B. durch Schlaganfall, durch Unfall oder durch Entzündung als auch für indirekte Hirnschädigungen z.B. wegen Schock, Lungenversagen oder Wiederbelebung. Mir ist bewusst, dass meine Empfindungsfähigkeit in derartigen Situationen noch erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus einem derartigen Zustand zwar unwahrscheinlich ist, aber nicht ganz ausgeschlossen werden kann.  
  *oder*
* ich wegen einem weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses z.B. wegen Demenz auch trotz ausdauernder Hilfeleistung nicht mehr in der Lage bin, auf natürliche Weise Flüssigkeit und Nahrung zu mir zu nehmen.

# Festlegungen zu Einleitung, Umfang und Beendigung von bestimmten ärztlichen Maßnahmen

## Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben näher beschriebenen Situationen wünsche ich,

|  |
| --- |
| . |

* dass aus medizinischer Sicht alles Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mein Leben zu erhalten.  
  *oder*
* dass keine lebenserhaltenden Maßnahmen durchgeführt werden. Durst und Hunger sollen auf natürlichem Weg – gegebenenfalls auch durch Hilfe bei der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme - gestillt werden. Ich wünsche, dass meine Schleimhäute, mein Mund und mein Körper fachgerecht gepflegt werden. Ich wünsche eine menschenwürdige Unterbringung mit Zuwendung. Ich wünsche die Linderung von Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, Unruhe, Angst und anderer Symptome, die mich belasten.

## Behandlung von Schmerzen und Symptomen

|  |
| --- |
| . |

* In den näher beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Behandlung von Schmerzen und Symptomen
* jedoch ohne bewusstseinseindämpfende Wirkungen  
  *oder*
* sofern alle sonstigen Möglichkeiten der Symptom- und Schmerzkontrolle aus der Medizin versagen, wünsche ich auch Mittel mit bewusstseinseindämpfender Wirkung, um meine Beschwerden zu lindern
* die unwahrscheinliche Möglichkeit, dass symptom- und schmerzlindernde Maßnahmen meine Lebenszeit verkürzen, nehme ich in Kauf

## Künstliche Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit

In den näher beschriebenen Situationen wünsche ich

|  |
| --- |
| . |

* dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr und Ernährung begonnen oder auch weitergeführt wird, sofern mein Leben dadurch verlängert werden kann  
  *oder*
* dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr und/oder Ernährung nur bei palliativmedizinischer Indikation erfolgt, um meine Beschwerden zu lindern  
  *oder*
* dass unabhängig von der der Zuführungsform wie Magensonde oder Venenzugang keine künstliche Flüssigkeitszufuhr und/oder Ernährung erfolgt

## Wiederbelebung

1. In den näher beschriebenen Situationen wünsche ich

|  |
| --- |
| . |

* Versuche der Wiederbelebung  
  *oder*
* die Unterlassung von Wiederbelebungs-Versuchen
* dass der Notarzt/die Notärztin nicht verständigt wird und/oder im Fall der Hinzuziehung sofort darüber informiert wird, dass ich Wiederbelebungsmaßnahmen ablehne.

1. Über die vorstehenden näher beschriebenen Situationen hinaus, wünsche ich in allen Fällen, bei denen ich unter einem Kreislaufstillstand oder unter Atemversagen leide

|  |
| --- |
| . |

* keine Versuche der Wiederbelebung  
  *oder*
* lehne ich Versuche der Wiederbelebung ab, wenn die Situation nicht bei ärztlichen Maßnahmen wie beispielsweise Operationen unerwartet eintritt.

## Künstliche Beatmung

In den vorstehend näher beschriebenen Situationen wünsche ich

|  |
| --- |
| . |

* die künstliche Beatmung, wenn sie mein Leben verlängern kann  
  *oder*
* dass bei mir keine künstliche Beatmung durchgeführt wird. Eine bereits eingeleitete Beatmung soll unter der Voraussetzung, dass mir Medikamente gegen Luftnot verabreicht werden, eingestellt werden. Die Möglichkeit der bewusstseinseindämpfenden Wirkung dieser Medikamente sowie die potenziell damit einhergehende Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf.

## Blutwäsche/Dialyse

In den vorstehend näher beschriebenen Situationen wünsche ich

|  |
| --- |
| . |

* die künstliche Blutwäsche bzw. Dialyse, sofern diese Maßnahme mein Leben verlängern kann  
  *oder*
* dass keine künstliche Blutwäsche bzw. Dialyse durchgeführt wird. Eine bereits eingeleitete Dialyse soll eingestellt werden.

## Antibiotika-Therapie

In den vorstehend näher beschriebenen Situationen wünsche ich

|  |
| --- |
| . |

* die Gabe/Verabreichung von Antibiotika, sofern diese Maßnahme mein Leben verlängern kann  
  *oder*
* die Gabe/Verabreichung von Antibiotika, sofern diese Therapie palliativmedizinisch indiziert worden ist, um meine Beschwerden zu lindern  
  *oder*
* keine Gabe/Verabreichung von Antibiotika

## Blut und Blutbestandteile

In den vorstehend näher beschriebenen Situationen wünsche ich

|  |
| --- |
| . |

* die Verabreichung von Blut oder Blutbestandteilen, sofern diese Maßnahme mein Leben verlängern kann  
  *oder*
* die Verabreichung von Blut oder Blutbestandteilen, sofern diese Therapie palliativmedizinisch indiziert worden ist, um meine Beschwerden zu lindern  
  *oder*
* keine Verabreichung von Blut oder Blutbestandteilen

# Behandlungsort und Beistand

Mein Wunsch ist es

|  |
| --- |
| . |

* zum Sterben in eine Klinik oder ein Krankenhaus gebracht/verlegt zu werden  
  *oder*
* wenn es möglich ist, zu Hause oder in meiner vertrauten Umgebung sterben zu können  
  *oder*
* wenn es möglich ist, in einem Hospiz sterben zu können

Ich wünsche mir Beistand durch folgende Personen:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Ich wünsche mir Beistand durch Vertreter/innen von folgender Kirche/Gemeinschaft:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Ich wünsche mir Beistand durch folgendes Hospiz:

|  |
| --- |
|  |

# Schweigepflichtentbindungserklärung gegenüber meinen behandelnden Ärzten/Ärztinnen

Ich entbinde die mich behandelnden und betreuenden Ärzte/Ärztinnen von ihrer Schweigepflicht gegenüber den folgenden Personen:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

# Aussagen zur Verbindlichkeit, Auslegung, Durchsetzung und zum Widerruf meiner Patientenverfügung

* Meine in dieser Patientenverfügung geäußerten Willenserklärungen zu bestimmten ärztlichen bzw. pflegerischen Maßnahmen sollen sowohl von meinen behandelnden Ärzten und Ärztinnen als auch vom jeweiligen Behandlungsteam befolgt werden. Mein/e Vertreter/in, Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r soll für die Durchsetzung meines Patientenwillens sorgen.
* Sollte eine Ärztin/ein Arzt oder eine Person aus dem Behandlungsteam nicht bereit sein, meinem in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen Folge zu leisten, erwarte ich eine anderweitige medizinische/pflegerische Behandlung. Mein/e Vertreter/in, Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r soll meine Behandlung so organisieren, dass meinem Patientenwillen entsprochen wird.
* In Behandlungs- und/oder Lebenssituationen, die nicht konkret in dieser Patientenverfügung geregelt wurden, soll im Konsens aller Beteiligten mein mutmaßlicher Wille in Anlehnung an diese Verfügung ermittelt werden. Diese Patientenverfügung soll als Maßstab dienen. Sollten unterschiedliche Auffassungen in Bezug auf zu unterlassene oder anzuwendende ärztliche und pflegerische Maßnahmen auftreten, soll der Auffassung nachstehender Personen besondere Bedeutung zukommen:

|  |  |
| --- | --- |
| - meiner/meinem Vertreter/in: |  |
| - meiner/meinem Betreuer/in: |  |
| - meiner Ärztin/meinem Arzt: |  |
| - meiner Vertrauensperson: |  |

* Sofern ich nicht selbst meine Patientenverfügung widerrufen habe, so möchte ich auch nicht, dass mir in einer konkreten Situation unterstellt wird, meinen Willen geändert zu haben. Wenn aber meine behandelnden Ärzte oder das Behandlungsteam sowie meine Bevollmächtigten oder betreuenden Personen aufgrund meiner Blicke, Gesten oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich im Gegensatz zu meinen Bestimmungen in dieser Patientenverfügung doch behandelt oder aber nicht behandelt werden möchte, dann soll im Konsens aller Beteiligten ermittelt werden, ob die Bestimmungen in dieser Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen und Wünschen entsprechen. Sollten unterschiedliche Auffassungen in Bezug auf zu unterlassene oder anzuwendende ärztliche und pflegerische Maßnahmen auftreten, soll der Auffassung nachstehender Personen besondere Bedeutung zukommen:

|  |  |
| --- | --- |
| - meiner/meinem Vertreter/in: |  |
| - meiner/meinem Betreuer/in: |  |
| - meiner Ärztin/meinem Arzt: |  |
| - meiner Vertrauensperson: |  |

# Hinweis auf weitere Verfügungen

Zusätzlich zu dieser Patientenverfügung habe ich

* eine Vorsorgevollmacht für die Wahrnehmung meiner gesundheitlichen Interessen erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der durch mich bevollmächtigten Person besprochen. Mein/e Bevollmächtigte/r ist:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| (Name, Anschrift, Kontaktdaten) |

* eine Betreuungsverfügung für die Auswahl der Betreuungsperson erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir gewünschten Betreuungsperson besprochen: Mein/e gewünschte/r Betreuer/in ist:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| (Name, Anschrift, Kontaktdaten) |

# Beigefügte Erläuterungen

Als Interpretationshilfe zu dieser Patientenverfügung füge ich bei:

* Darstellung meiner Wertvorstellungen
* sonstige Unterlagen:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
| (Unterlagen auflisten) |

# Organspende

|  |
| --- |
| . |

* Hiermit stimme ich einer Organentnahme nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt. Komme ich bei einem sich bereits abzeichnenden Hirntod nach Urteil eines erfahrenen Arztes als Organspender in Betracht und müssen zu diesem Zweck ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in dieser Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann
* geht die von mir erklärte Organspendebereitschaft vor
* ist den Bestimmungen in dieser Patientenverfügung Vorrang einzuräumen

*oder*

* Ich lehne eine Organentnahme zu Transplantationszwecken nach meinem Tod ab.

# Schlussbestimmungen

|  |
| --- |
| . |

* Soweit ich bestimmte ärztliche und/oder pflegerische Behandlungen und Maßnahmen wünsche oder ablehne, so verzichte ich hiermit ausdrücklich auf weitergehende ärztliche Aufklärungen.
* Mir ist bekannt, dass ich meine Patientenverfügung jederzeit ändern und/oder widerrufen kann.
* Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen der in meiner Patientenverfügung getroffenen Entscheidungen bewusst.
* Die Erstellung dieser Patientenverfügung erfolgte in meiner eigenen Verantwortung und ohne äußeren Druck.
* Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

# Information und Beratung

Vor der Erstellung dieser Patientenverfügung habe ich mich informiert bei bzw. beraten lassen durch:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

# Ärztliche Aufklärung und Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau

|  |
| --- |
|  |
|  |

wurde von mir am

|  |
| --- |
|  |
|  |

in Bezug auf die möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt. Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

|  |
| --- |
|  |
| (Ort, Datum, Unterschrift Arzt/Ärztin) |

* Hinweis: Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch einen Notar bzw. eine Notarin bestätigt werden.

# Gültigkeit

|  |
| --- |
| . |

* Diese Patientenverfügung soll solange gelten, bis ich sie widerrufe.  
  *oder*
* Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ihre Gültigkeit verlieren oder aber durch meine erneute Unterschrift nach Ablauf von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ erneut für gültig erklärt werden.
* Um meine in dieser Patientenverfügung niedergelegten Willenserklärungen zu bekräftigen, bestätige ich diese nachstehend:
* in vollem Umfang  
  *oder*
* mit folgenden Änderungen:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| (Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden) |