

Patientenverfügung

Ich,

(Vorname, Name)

geboren am

(Geburtsdatum)

wohnhaft in

(Straße, Hausnummer)

.....
(PLZ, Ort)

bestimme für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, Folgendes (*bitte entsprechende Passagen ankreuzen!*):

1.) Situationen, für die die folgenden Verfügungen gelten sollen:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unmittelbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde (auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist)
- Wenn infolge einer direkten (z.B. durch Unfall, Schlaganfall, ...) oder indirekten (z.B. durch Wiederbelebung, Schock, Lungenversagen, ...) Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte/Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Mit ist bewusst, dass in solchen Situationen (wachkomaartiger Zustand), die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.

- Wenn ich infolge eines 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.



- Eigene Beschreibung einer Situation, die zu einer Einwilligungsunfähigkeit führt:

.....

.....

.....

- Vergleichbare Krankheitszustände, die hier nicht ausdrücklich erwähnt sind, sollen entsprechend beurteilt werden.



2.) Verfügungen für die unter Ziffer 1.) genannten Situationen:

- Ich wünsche lindernde fachgerechte Pflege, insbesondere von Mund und Schleimhäuten u.a. zur Vermeidung des Durstgefühls sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege.



- Ich wünsche lindernde ärztliche Maßnahmen, insbesondere die Verabreichung von Medikamenten, zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Atemnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen belastenden Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit der Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.



- Ich wünsche die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, sofern diese nur den Todeseintritt verzögern und damit mögliches Leiden unnötig verlängern würden.



- Für den Fall eines akuten Herz-/Kreislaufstillstandes wünsche ich in den unter Ziffer 1.) genannten Fällen, die Unterlassung von Wiederbelebungsmaßnahmen.



- Ich wünsche die Unterlassung einer künstlichen Ernährung, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung (z.B. Magensonde, durch Nase, Vene oder Bauchdecke,...).

- Künstliche Flüssigkeitszufuhr soll in den o.g. Situationen ebenfalls unterlassen werden, es sei denn, sie ist in vermindertem Maße palliativmedizinisch erforderlich (z.B. zur Verabreichung lindernder Medikamente).

Die Befolgung dieser Wünsche stellt nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe dar.

3.) Beistand am Lebensende

Ich wünsche eine Begleitung durch

-
(Vorname, Name, Adresse, PLZ, Wohnort, Telefon)

- Seelsorge:

- Hospizdienst

- Arzt/Ärztin:

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

ja

nein

Name und Anschrift der bevollmächtigten Person:

.....
(Vorname, Name)

.....
(Straße, PLZ, Ort)

.....
(Telefon)

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u.a. meiner Bereitschaft zur Organspende, meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung gelten.

Ich habe diese Verfügung nach reiflicher Überlegung gewissenhaft erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Aus diesem Grund wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich schriftlich bzw. nachweislich mündlich widerrufen habe.

Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)