

PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich _____

geboren am: _____

wohnhaft in: _____

in einen Zustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiederbringlich aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinstörung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände verloren habe und deshalb nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu bilden oder mich verständlich zu äußern, verfüge ich folgendes:

1. Diese Verfügung gilt für die nachfolgend beschriebenen Situationen:

- | | | |
|---|----|------|
| • Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. | Ja | Nein |
| • Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. | Ja | Nein |
| • Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn gelegentlich Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für eine indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustands aber äußerst unwahrscheinlich ist. | Ja | Nein |
| • Wenn ich infolge einer Demenzerkrankung bzw. eines bereits weit fortgeschrittenen Abbaus meiner geistigen Funktionen Nahrung oder Flüssigkeit nicht mehr selbst oder aber mit Hilfe Dritter, sondern nur noch in Form einer künstlichen Ernährung zu mir nehmen kann. | Ja | Nein |
| • _____ _____ _____ _____ | Ja | Nein |
| (für persönliche Wünsche und Anmerkungen) | | |
| • Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. | Ja | Nein |

2. In allen unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf. Ja Nein

3. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

- Die Unterlassung lebenserhaltender bzw. lebensverlängernder Maßnahmen, die nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie z.B. maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden. Ja Nein
- keine Wiederbelebungsmaßnahmen. Ja Nein

4. In den von mir unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich, sterben zu dürfen und verlange:

- Keine künstliche Ernährung (weder über Sonde durch den Mund, die Nase Oder die Bauchdecke noch über die Vene) Ja Nein
- verminderte Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen (außer zur Beschwerdelinderung). Ja Nein
- _____ Ja Nein

(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen.

- Ich wünsche eine Begleitung durch _____

(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

- Ich habe dieser Patientenverfügung „Persönliche Ergänzungen“ beigefügt. Ja Nein
- Ich habe eine / mehrere Vollmacht(en) erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person(en) besprochen. Ja Nein
- Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt. Ja Nein
- Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. Ja Nein
- Werden für die Durchführung einer Organspende ärztliche Maßnahmen (z. B. eine kurzfristige künstliche Beatmung) erforderlich, die ich in meiner Patientenverfügung untersagt habe,

geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor

oder

gehen die Aussagen in meiner Patientenverfügung vor.

(Bitte nur eine der beiden Alternativen ankreuzen!)

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u. a. meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z. B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung, in Kenntnis über die medizinische Situation, die rechtliche Bedeutung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe. Ich gebe diese Erklärung frei und ohne Zwang, im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte ab.

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

Ort, Datum

Unterschrift

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen, auch wenn der Gesetzgeber dies nicht vorschreibt. 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.

| Ort | Datum | Unterschrift |
|-----|-------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name _____

Adresse _____

Telefon _____ Telefax / E-Mail: _____

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

Name _____

Adresse _____

Telefon _____ Telefax/E-Mail: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift der/des Beratenden: _____

* (Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.)

Sollte zusätzlich eine **Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen** gemäß §1828 Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll folgender/n Person(en) – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon, Telefax/E-Mail: _____

Folgende Person(en) soll(en) nicht zu Rate gezogen werden:

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon, Telefax/E-Mail: _____

