

Patientenverfügung

Ich,

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum/-ort: _____

Adresse: _____

bestimme für den Fall, dass ich vorübergehend oder dauerhaft außerstande bin, meinen Willen frei zu bilden bzw. verständlich zu äußern, dass

1. diese Verfügung für folgende Situationen gültig ist:

JA **NEIN**

- Wenn ich mich nach ärztlicher Diagnose aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. ☐ ☐
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht abzusehen ist. ☐ ☐
- Wenn aufgrund einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und diese Anderen mitzuteilen, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren ist, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündungen, Tumore, fortgeschrittene Hirnabbauprozesse und indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand sehr unwahrscheinlich, aber möglich ist. ☐ ☐

JA NEIN

- Wenn ich aufgrund eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. Demenzerkrankung) auch mit dauerhafter Hilfestellung nicht mehr fähig bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise aufzunehmen. ☐ ☐
- Eigene Beschreibung der Situation/en, für die diese Patientenverfügung gelten soll:

2. In sämtlichen von mir unter Punkt 1 mit „JA“ angekreuzten und/oder selbst beschriebenen Situationen wünsche ich, dass folgende ärztliche und pflegerische Maßnahmen eingeleitet, unterlassen oder beendet werden:

Lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen

☐ Ich möchte das nicht regeln.

JA NEIN

- Ich wünsche, dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle unternommen wird, um mich am Leben zu erhalten oder mein Leben zu verlängern. ☐ ☐
- Ich wünsche die Unterlassung aller lebenserhaltenden oder -verlängernden Maßnahmen. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, ggf. mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche eine fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von belastenden Symptomen (z.B. Schmerzen, Atemnot, Angst). ☐ ☐
- Eigene Wünsche zu lebenserhaltenden oder -verlängernden Maßnahmen:

Schmerz- und Symptombehandlung☐ Ich möchte das nicht regeln.**JA NEIN**

- Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung ohne bewusstseinsdämpfende Wirkung.
Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf. ☐ ☐
- Ich wünsche, wenn alle anderen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptombehandlung keine Linderung bringen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel.
Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf. ☐ ☐
- Eigene Wünsche zur Schmerz- und Symptombehandlung:

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr☐ Ich möchte das nicht regeln.**JA NEIN**

- Ich wünsche künstliche Ernährung und/oder Flüssigkeitszufuhr, wenn dies mein Leben erhalten oder verlängern kann. ☐ ☐
- Ich wünsche künstliche Ernährung und/oder Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativ-medizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung. ☐ ☐
- Eigene Wünsche zur künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr:

Künstliche Beatmung☐ Ich möchte das nicht regeln.**JA NEIN**

- Ich wünsche eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben erhalten oder verlängern kann. ☐ ☐
- Ich wünsche keine künstliche Beatmung oder die Einstellung einer bereits eingeleiteten Beatmung, aber die Linderung von Atembeschwerden und Luftnot mit Medikamenten und pflegerischen Maßnahmen. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf. ☐ ☐
- Eigene Wünsche zur künstlichen Beatmung:

Dialyse☐ Ich möchte das nicht regeln.**JA NEIN**

- Ich wünsche eine Dialyse (künstliche Blutwäsche), falls dies mein Leben erhalten oder verlängern kann. ☐ ☐
- Eigene Wünsche zur Dialyse:

Antibiotika☐ Ich möchte das nicht regeln.**JA NEIN**

- Ich wünsche Antibiotika, falls dies mein Leben erhalten oder verlängern kann. ☐ ☐
- Ich wünsche Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung. ☐ ☐
- Eigene Wünsche zu Antibiotika:

Blut/Blutbestandteile
☐ Ich möchte das nicht regeln.
JA NEIN

- Ich wünsche die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben erhalten oder verlängern kann. ☐ ☐
 - Ich wünsche die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung. ☐ ☐
 - Eigene Wünsche zur Gabe von Blut oder Blutbestandteilen:
-

Wiederbelebungsmaßnahmen
☐ Ich möchte das nicht regeln.
JA NEIN

- Ich wünsche Wiederbelebungsmaßnahmen. ☐ ☐
 - Ich wünsche Wiederbelebungsmaßnahmen nur, wenn sie im Rahmen von ärztlichen Maßnahmen (z. B. während einer Operation) erforderlich werden. ☐ ☐
 - Eigene Wünsche zu Wiederbelebungsmaßnahmen:
-

3. Aussagen zu Auslegung und Widerruf

Für den Fall, dass die in dieser Patientenverfügung beschriebenen Situationen und/oder Maßnahmen nicht korrekt beschrieben sind, oder ich durch Gesten, Blicke oder andere Äußerungen zu verstehen gebe, nicht mehr an dieser Patientenverfügung festhalten zu wollen, wünsche ich, dass zur Ermittlung meines (mutmaßlichen) Willens der Meinung folgender Person besondere Bedeutung zukommt:

☐ Bevollmächtigter oder Betreuer

☐ Behandelnder Arzt

☐ Folgende Person: _____

☐ Ich möchte das nicht regeln.

4. Ich wünsche eine Sterbebegleitung

- ☐ durch einen/den Hospizdienst _____
- ☐ durch einen/den Seelsorger _____
- ☐ durch _____
- ☐ Ich möchte das nicht regeln.

5. Ich möchte, wenn möglich, sterben

- ☐ im Krankenhaus.
- ☐ zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung.
- ☐ in einem Hospiz.
- ☐ Ich möchte das nicht regeln.

6. Regelungen zur Organspende

- ☐ Ich habe einen Organspendeausweis. Dieser befindet sich bei/in _____
- ☐ Ich besitze keinen Organspendeausweis, stimme aber einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.
- ☐ Ich lehne eine Organspende ab.
- ☐ Ich möchte das nicht regeln.

7. Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

(Name, Adresse, Telefon)

8. Sonstiges

Zusätzlich zu dieser Patientenverfügung habe ich eine **Vorsorgevollmacht** erstellt.

JA ☐ NEIN ☐

Ich habe den Inhalt dieser Patientenverfügung mit folgender von mir bevollmächtigten Person ausführlich besprochen:

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum/-ort: _____

Adresse: _____

Telefon/E-Mail: _____

Ich habe eine **Betreuungsverfügung** erstellt.

JA ☐ NEIN ☐

Diese ist hinterlegt in/bei:

Weitere Bestandteile dieser Verfügung sind:

- ☐ Ärztliche Bescheinigung der Einwilligungsfähigkeit
- ☐ Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen
- ☐ Ergänzung aufgrund einer bestehenden schweren Krankheit

Diese Patientenverfügung habe ich freiverantwortlich, im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und ohne äußeren Druck erstellt. Sie gilt so lange, bis ich sie widerrufe. Für die in der Patientenverfügung genannten Maßnahmen verzichte ich ausdrücklich auf (weitere) ärztliche Aufklärung. Ich habe die Entscheidungen darüber nach sorgfältigen Überlegungen getroffen und bin mir deren Konsequenzen bewusst.

Ort, Datum

Unterschrift

Diese Patientenverfügung entspricht weiterhin meinen Wünschen und Vorstellungen.

Ort, Datum

Unterschrift

Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum/-ort: _____

Adresse: _____

die Patientenverfügung vom _____ (Datum) selbst verfasst hat und einwilligungsfähig ist.

Ort, Datum

Unterschrift und Arztstempel

Ich bestätige, dass der o. g. Verfasser bei der Aktualisierung seiner Patientenverfügung am _____ (Datum) einwilligungsfähig war.

Ort, Datum

Unterschrift und Arztstempel

(Ergänzung zu meiner Patientenverfügung)

- *Wie stelle ich mir mein zukünftiges Leben vor?*
- *Welche Erfahrungen habe ich mit Behinderung, Leid und Sterben anderer Menschen gemacht?*
- *Welche Rolle spielt die Religion in meinem Leben?*

[illegible]

Ort, Datum

Unterschrift

Ergänzung aufgrund einer bestehenden schweren Krankheit

Dieses Formular sollte zusammen mit Ihrem behandelnden Arzt ausgefüllt werden!

Diagnose:

Eventuelle Komplikationen	Vom Patienten erwünschte Behandlung

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift und Arztstempel