Patientenverfügung

1. Eingangsformel

Ich, _____ geboren am _____,

wohnhaft in_____, bestimme hiermit für den Fall,

dass ich meinen Willen nicht mehr selber bilden oder mich verständlich äußern kann,

die nachfolgenden Vorgehensweisen:

2. Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll

Meine Patientenverfügung gilt für den Fall, dass ich:

☐ mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

☐ mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

☐ infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, eigene Entscheidungen zu fällen und mit anderen Personen in Kontakt zu treten, nach der Einschätzung von zwei erfahrenen Ärztinnen oder Ärzten (namentlich benennen, wenn möglich:_____

_____

nicht mehr möglich sein wird. Und zwar auch dann, wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung, die durch einen Unfall, einen Schlaganfall oder durch eine Entzündung eingetreten ist. Ebenso gilt diese Verfügung für den Fall, dass ich eine indirekte Gehirnschädigung, zum Beispiel nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen, habe.

Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit, etwas zu empfinden, noch erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist. Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in

Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauer-Bewusstlosigkeit oder um Wachkoma-ähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen.

Solche Patienten sind nicht mehr zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu der Kontaktaufnahme mit anderen Menschen fähig, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei Wachkoma-Patienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein weitgehend eigenständiges Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

☐ Infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. eine Demenz-Erkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

Eigener Grund:

_____

_____

_____

_____

3. Festlegungen zu dem Umfang von bestimmten ärztlichen Maßnahmen

Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich:

☐ dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.

☐ auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte.

☐ dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

Schmerz- und Symptombehandlung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

☐ aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.

☐ wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.

☐ die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Vorgehensweise hinsichtlich einer künstlichen Ernährung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

☐ dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird.

☐ dass keine künstliche Ernährung erfolgt unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (zum Beispiel Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge).

Vorgehensweise hinsichtlich künstlicher Flüssigkeitszufuhr

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

☐ eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

☐ die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

☐ die Unterlassung jeglicher künstlichen Flüssigkeitszufuhr.

Vorgehensweise hinsichtlich Wiederbelebung

In den vorher beschriebenen Situationen wünsche ich

☐ in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung.

☐ die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.

☐ dass der Notarzt nicht verständigt wird bzw. dass ggf. ein hinzugezogener Notarzt unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

☐ lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

☐ lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen medizinischer Maßnahmen unerwartet eintreten.

Vorgehensweise hinsichtlich künstlicher Beatmung

In den vorher beschriebenen Situationen wünsche ich,

☐ eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

☐ dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

Vorgehensweise hinsichtlich Dialyse

In den vorher beschriebenen Situationen wünsche ich,

☐ eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

☐ dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

Vorgehensweise hinsichtlich Antibiotika

In den vorher beschriebenen Situationen wünsche ich,

☐ Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

☐ Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.

Vorgehensweise hinsichtlich einer Transfusion von Blut bzw. Blutbestandteilen

In den vorher beschriebenen Situationen wünsche ich,

☐ die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

☐ die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden.

Vorgehensweise hinsichtlich einer Organspende

☐ Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann geht **die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende** vor.

☐ Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann gehen die **Bestimmungen in meiner Patientenverfügung** vor.

☐ Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

4. Vorgehensweise hinsichtlich dem Ort der Behandlung und einem Beistand

Ich möchte:

☐ zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

☐ wenn irgend möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

☐ wenn möglich, in einem Hospiz sterben.

Ich möchte Beistand:

☐ durch folgende Person / Personen (Namen, Vornamen und Adressen):

_____

_____

_____

☐ Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:_____

_____

☐ hospizlichen Beistand.

5. Aussagen zur Verbindlichkeit, Auslegung, Durchsetzung und zum Widerruf

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein(e) Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meinem(r) Bevollmächtigten(r) / meinem(r) Betreuer(in) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt bei:

☐ meiner/ meinem Bevollmächtigten (Name, Vorname, Anschrift)

_____

_____

☐ meiner Betreuerin/ meinem Betreuer. (Name, Vorname, Anschrift)

_____

_____

☐ der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

☐ folgender Person (Name, Vorname, Anschrift)

_____

_____

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt bei:

☐ meiner/ meinem Bevollmächtigten (Name, Vorname, Anschrift)

_____

_____

☐ meiner Betreuerin/ meinem Betreuer. (Name, Vorname, Anschrift)

_____

_____

☐ der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

☐ folgender Person (Name, Vorname, Anschrift)

_____

_____

6. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

☐ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Bevollmächtigte(r): _____

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

☐ Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl des Betreuers erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen

Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

☐ Ich habe einen Notfallbogen ausgefüllt, den auch meine Hausärztin/mein Hausarzt bestätigt hat.

7. Hinweis auf beigefügte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

☐ Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.

☐ Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

_____

_____

8. Organspende

☐ Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (ggf. Organe benennen oder ausschließen)

_____

_____

☐ Ich habe einen Organspende-Ausweis ausgefüllt. Die Organspende kommt deshalb nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod in Betracht.

Müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann...

☐ geht die von mir gesondert erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

☐ gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

☐ Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

9. Schlussformel

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

10. Schlussbemerkungen

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.

Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.

Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

11. Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert

bei/durch: _____

und beraten lassen durch: _____

_____ _____

(Ort, Datum, ggf. Stempel der Anwaltskanzlei, Unterschrift der/des Juristin/-en)

12. Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau _____
wurde von mir am _____ bzgl. der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

_____ _____

(Ort, Datum, Praxisstempel, Unterschrift der Ärztin/des Arztes)

13. Aktualisierung

☐ Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

☐ Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von _____ Jahren ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

14. Persönliche Unterschrift

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend

☐ in vollem Umfang.

☐ mit den folgenden Änderungen:

_____

_____

_____

_____

(Ort, Datum, Unterschrift)

Hinweis:

Dieser Mustertext wurde sorgfältig erstellt. Wie für alle rechtlichen Abhandlungen gilt jedoch, dass ein Gericht einen Einzelfall aufgrund besonderer Umstände anders bewerten und/oder zu einer anderen Einschätzung kommen kann.

Bitte streichen Sie alle nicht zutreffenden Textpassagen oder fügen Sie Zusätze bei, die auf Ihre individuelle Situation zutreffen. Am besten gehen Sie dabei in Absprache mit Ihrem Hausarzt oder einem juristischen Berater vor.

Eine individuelle Rechtsberatung kann grundsätzlich durch einen Mustertext nicht ersetzt werden.