

# PATIENTENVERFÜGUNG

---

I. Ich, \_\_\_\_\_ geb. am : \_\_\_\_\_

wohnhaft in : \_\_\_\_\_

**bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann.**

## **Wenn**

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde oder
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist
- ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsicht zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte alle Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für 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 nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.

- Ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit zu mir zu nehmen.
- lebenswichtige Funktionen ausgefallen sind.

## **1. Lebenserhaltende Maßnahmen**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- 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.

## **2. Schmerz- und Symptombehandlung**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte 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.

## **3. Künstliche Ernährung**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt.

## **4. Künstliche Flüssigkeitszufuhr**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen. (max. 1 ltr. täglich)

## 5. Wiederbelebung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.
- Dass ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

## 6. Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- 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.

## 7. Anschluss an eine künstliche Niere (Dialyse)

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

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

## 8. Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.

## 9. Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

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

## II. Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte,

- wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

- einen Beistand

- durch folgende Person(en): \_\_\_\_\_
- durch Hospizdienst
- durch Seelsorge

## III. Verbindlichkeit, Auslegung

Ich erwarte,

- dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein(e)Verteter(in) z.B. Bevollmächtigte(r) /Betreuer(in)- soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.
- Sollte 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 meiner Vertreterin/meinem Vertreter (z.B. Bevollmächtigter(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.
- Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen.
  - Meiner/meinem Bevollmächtigten.
  - Meiner Betreuerin/meinem Betreuer
  - Der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
  - Andere Personen: \_\_\_\_\_

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 Ärzte/das Behandlungsteam/meine Bevollmächtigte(r)/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. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen:

- Meiner/meinem Bevollmächtigten.
- Meiner Betreuerin/meinem Betreuer
- Der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
- Andere Personen: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

#### IV. Organspende

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

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 medizinische Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

## **V. Schlussbemerkungen**

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.  
Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidung bewusst.  
Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.  
Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei/durch

\_\_\_\_\_ und beraten lassen durch

\_\_\_\_\_

## **VI. Ärztliche Bestätigung der Kenntnisnahme und Einwilligungsfähigkeit**

Hiermit bestätige ich,

- dass ich diese Patientenverfügung zur Kenntnis genommen habe.
- dass Frau/Herr \_\_\_\_\_ in vollem Umfang einwilligungsfähig ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift Arzt

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe in vollem Umfang.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_