

PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich,

.....
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....
(Anschrift)

in einen Zustand gerate, In welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiederbringlich aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinstrübung 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:

(Zutreffendes habe ich angekreuzt bzw. beigefügt.)

1. Diese Verfügung gilt für die nachfolgend beschriebenen Situationen:

☒ Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. ja nein

☒ Wenn in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte der Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenem Hirnabbauprozess ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. ja nein

☒
.....
.....
.....
..... ja nein

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. Für andere Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten.

2. In allen unter Punkt 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

Ich wünsche eine Begleitung

durch Hospizdienst

durch Seelsorge

durch

.....

.....

.....

.....

(Platz für persönliche Wünsche und Anmerkungen) ja nein

3. In allen unter Punkt 1. beschriebenen Situationen wünsche ich:

Die Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden. ja nein

Keine Wiederbelebensmaßnahmen ja nein

4. In den von mir unter Punkt 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 eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene) ja nein

Verminderte Flüssigkeitsabgabe nach ärztlichem Ermessen ja nein

.....

.....

.....

(Platz für persönliche Wünsche und Anmerkungen) ja nein

✚ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen. ja nein

Bevollmächtigte/r ist:

.....
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....
(Anschrift)

.....
(Telefon, Telefax, E-Mail)

✚ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Betreuungsverfügung erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit meiner Betreuungsperson besprochen. ja nein

Betreuer/in ist (soll werden):

.....
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....
(Anschrift)

.....
(Telefon, Telefax, E-Mail)

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Vorstellungen, 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 habe den Inhalt dieser Patientenverfügung mit dem folgenden Arzt meines Vertrauens besprochen. Sollten Probleme auftreten, die Entscheidungen über das weitere Vorgehen erfordern, verlange ich, dass die verantwortlichen Ärzte sich mit diesem Arzt in Verbindung setzen. ja nein

Arzt/Ärztin meines Vertrauens ist:

.....
(Name, Vorname)

.....
(Anschrift)

.....
(Telefon, Telefax, E-Mail)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Patientin/des Patienten)

Erklärung der behandelnden Ärztin/ des behandelnden Arztes

Mit meiner nachfolgenden Unterschrift bestätige ich, dass ich von dieser Patientenverfügung Kenntnis erlangt habe. Meine Patientin/mein Patient hat ihren/seinen letzten Willen in klarer Orientierung und Unabhängigkeit unterschrieben.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Ärztin/des Arztes)

Ich bestätige durch erneute Unterschrift, dass diese Verfügung nach wie vor meinem Willen entspricht:

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Patientin/des Patienten)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Patientin/des Patienten)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Patientin/des Patienten)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Patientin/des Patienten)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Patientin/des Patienten)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Patientin/des Patienten)

MEINE WERTVORSTELLUNGEN

- Ergänzende Erläuterungen zu meiner Patientenverfügung -

Die im Folgenden niedergeschriebenen Erläuterungen zu meinen Vorstellungen, u.a. meiner Bereitschaft zur Organspende, meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z.B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten sind als erklärender Bestandteil meiner Patientenverfügung anzusehen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Patientin/des Patienten)