

Patientenverfügung

Name, Vorname _____

Geburtsdatum, -ort _____

Adresse _____

Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und im Bewusstsein der sich eventuell daraus ergebenden Konsequenzen, gebe ich nach reiflicher Überlegung die nachstehende Erklärung ab, die unbegrenzt Gültigkeit haben soll, bis sie von mir widerrufen wird. Ich verpflichte meine mich behandelnden Ärzte sowie die als Bevollmächtigte oder Betreuer eingesetzten Vertreter zu Entscheidungen im Rahmen dieser Erklärung, solange nicht konkrete und hinreichend deutliche Hinweise vorliegen, dass ich meinen Willen zwischenzeitlich geändert habe.

Ich bestimme für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr äußern kann und/ oder nicht mehr entscheidungsfähig bin, insbesondere für **folgende Situationen**:

<input type="checkbox"/>	Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
<input type="checkbox"/>	Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde (selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht feststeht) und kein Lebenswille mehr erkennbar ist.
<input type="checkbox"/>	Wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbaus (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
<input type="checkbox"/>	Eigene Beschreibung einer Situation, in der meine in dieser Patientenverfügung benannten Wünsche berücksichtigt werden soll:

Lebenserhaltene Maßnahmen

Lebenserhaltende Maßnahmen, die nur den Eintritt des Todes verzögern und möglicherweise mein Leiden verlängern würden, sollen unterlassen werden.

Unter den von mir beschriebenen Lebens- und Krankheitssituationen verfüge ich:

<input type="checkbox"/>	Ich will keine Wiederbelebung nach krankheitsbedingtem Sterben.
<input type="checkbox"/>	Sollte ich während oder nach einer Operation einen Herzstillstand, eine Embolie oder eine Hirnblutung haben oder aufgrund eines anderen medizinischen Notfalls wiederbelebt werden müssen und könnte dies zu einer Dauerschädigung des Gehirns führen, lehne ich weitere lebenserhaltende Maßnahmen ab.
<input type="checkbox"/>	Alle lebenserhaltenden Maßnahmen sollen unterlassen werden. Nur Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und andere belastende Symptome sollen gelindert werden. Besonders wichtig ist mir eine konsequente Schmerztherapie, auch, wenn damit eine Verkürzung meines Lebens verbunden ist.
<input type="checkbox"/>	Eine Ärztin/ ein Arzt sollen im Notfall nicht verständigt werden bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert werden.

<input type="checkbox"/>	Bei ärztlicher Indikation stimme ich einer palliativen Sedierung (zeitlich befristete, bewusstseinsdämpfende Medikation) zu. Diese erlaube ich auch zur Entlastung meiner Angehörigen.
--------------------------	--

In den vorgenannt beschriebenen Lebenssituationen wünsche ich, dass

<input type="checkbox"/>	Hunger und Durst auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege und die Linderung von Schmerzen, psychischen Unruhezuständen, Übelkeit und anderer belastender Symptome.
<input type="checkbox"/>	keine künstliche Ernährung eingeleitet wird bzw. eine bereits bestehende künstliche Ernährung unterlassen wird.
<input type="checkbox"/>	keine künstliche Flüssigkeitszufuhr eingeleitet wird bzw. eine bereits bestehende künstliche Flüssigkeitszufuhr unterlassen wird.
<input type="checkbox"/>	die Verweigerung der Aufnahme von Nahrung und/oder Flüssigkeit durch Gesten und Mimik akzeptiert werden
<input type="checkbox"/>	die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls eingeleitet, sofort beendet wird. Schmerzen, die durch den Mangel an Blut entstehen, sollen medikamentös behandelt werden.

<input type="checkbox"/>	keine Dialyse durchgeführt wird bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird. Falls ich Dialyse-Patient bin, soll die Dialyse abgebrochen werden. Entstehende Beschwerden oder Schmerzen sollen mit notwendigen Mitteln behandelt werden, bis ich komatös werde. Dann möchte ich in Würde und friedlich einschlafen
<input type="checkbox"/>	keine künstliche Beatmung durchgeführt wird bzw. eine eingeleitete Beatmung eingestellt wird, vorausgesetzt, ich erhalte Medikamente zur Linderung der Luftnot. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder Lebensverkürzung durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.
<input type="checkbox"/>	wenn es keine Möglichkeit geben sollte, Atemnot und Erstickungsängste ohne künstliche Beatmung zu behandeln, soll diese nur zur Leidensminderung eingeleitet oder fortgeführt werden.

<input type="checkbox"/>	Wenn möglich, möchte ich zu Hause, im Kreis meiner Familie, meine letzte Lebensphase verbringen. Eine Versorgung auf einer Intensivstation möchte ich nur, damit Luftnot und Schmerz adäquat behandelt werden können und Pflegekräfte ständig für mich da sind.
<input type="checkbox"/>	Ich wünsche in meiner letzten Lebensphase seelsorgerischen Beistand.
<input type="checkbox"/>	Die Begleitung durch einen Hospizdienst, auch zur Entlastung meiner Angehörigen nehme ich gerne an.

<input type="checkbox"/>	Ich habe einen Organspende Ausweis ausgefüllt und stimme einer Organentnahme nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.
<input type="checkbox"/>	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, geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

<input type="checkbox"/>	Ich habe zusätzlich zu meiner Patientenverfügung eine Vollmacht ausgestellt und den Inhalt meiner Patientenverfügung mit den Bevollmächtigten besprochen.
--------------------------	---

Von meinen Vertretern bzw. Bevollmächtigten und Betreuern erwarte ich, dass meine medizinisch-pflegerische Behandlung so organisiert wird, dass meinem Willen entsprochen wird.

Sollten Entscheidungen getroffen werden müssen, die in der Patientenverfügung nicht eindeutig geregelt sind, sollen außer meinen Bevollmächtigten folgende Personen zu meinem mutmaßlichen Willen befragt werden:

Ich habe diese Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Ich bin mir der Konsequenzen dieser Verfügung bewusst und verpflichte meine mich behandelnden Ärzte und meine Bevollmächtigten im Rahmen dieser Verfügung zu handeln.

Ort, Datum

Unterschrift des Ausstellers

Ort, Datum

Unterschrift des 1. Bevollmächtigten

Ort, Datum

Unterschrift des 2. Bevollmächtigten

Weitere Wünsche und Gedanken kann ich an dieser Stelle jederzeit hinzufügen.

Diese versehe ich jeweils mit Datum und Unterschrift.
