

Patientenverfügung

Ich,

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort/Land

.....
Anschrift

lege hiermit fest, wie ich später ärztlich behandelt und pflegerisch umsorgt werden möchte. Dies gilt für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich verbal oder nonverbal äußern kann.

Ich wünsche eine fachgerechte pflegerische Versorgung. Ich wünsche in jedem Fall eine fachgerechte Pflege der Mund- und Schleimhäute sowie eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege.

Ich wünsche mir, wenn es einmal soweit ist, in Würde sterben zu dürfen.

D. Bevollmächtigte bzw. rechtliche Betreuer, meine Angehörigen, Ärzte und Pflegenden haben meine Wünsche aus der Patientenverfügung zu befolgen.

Mir ist bewusst, dass ich in den nachfolgenden Situationen durchaus noch Empfindungen und Wahrnehmungen haben kann und eine Besserung meines Zustandes nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann.

1. Geltungsbereich der Patientenverfügung

In **Akutsituationen** sind zunächst alle medizinisch indizierten Handlungen vorzunehmen, um mich am Leben zu erhalten und eine Verbesserung meiner gesundheitlichen Situation zu erzielen.

Die Regelungen unter Ziffer 2 und 3 gelten erst, wenn diese Verbesserung nicht mehr medizinisch erwartbar ist und mindestens _____ (Anzahl eintragen) voneinander unabhängige Ärzte, unbeeinflusst voneinander, in jeweils getrennten Untersuchungen und Stellungnahmen mindestens eine der nachfolgend geschilderten Situationen oder im Wesentlichen vergleichbare Situationen feststellen:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn in Folge einer Gehirnschädigung (z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder nach einer Wiederbelebung) meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar und eine Besserung äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich in Folge eines Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenz) nicht mehr in der Lage bin – auch mit andauernder und ausdauernder Hilfestellung durch Angehörige oder Pflegepersonal – Essen und Trinken zu mir zu nehmen.
- Wenn vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände, auftreten. Diese sollten entsprechend beurteilt werden.

- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

.....

.....

.....

2. In allen unter Ziffer 1 benannten und ausgewählten Situationen verlange ich:

- erleichternde pflegerische Maßnahmen, insbesondere ausreichende Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls.
- erleichternde medizinische Maßnahmen, insbesondere Medikamente zur wirksamen Linderung von Schmerzen, Luftnot, Angstzuständen, Unruhe, Erbrechen und anderen, die Lebensqualität beeinträchtigenden, Krankheitserscheinungen.
Mir ist bewusst, dass dadurch meine Lebenserwartung verkürzt werden kann.

- weiterhin:

.....

.....

.....

3. In allen unter Ziffer 1 benannten und ausgewählten Situationen wünsche ich:

- keine** lebenserhaltenden Maßnahmen, die nur das Sterben hinauszögern und dadurch denkbares Leiden unnötig verlängern.
- keine** Gabe von lebenserhaltenden Medikamenten.
- keine** Wiederbelebensmaßnahmen.
- keine** künstliche Beatmung.
- keine** künstliche Ernährung – weder über eine Sonde durch Mund noch über Nase, Vene oder Bauchdecke – und ebenso **keine** Flüssigkeitsgabe, außer zur Beschwerdelinderung.
- keine** Gabe von Blut und/oder Blutbestandteilen.
- weiterhin:

.....

.....

.....

- die Einstellung** von bereits begonnenen, oben benannten und ausgewählten Maßnahmen/Therapien.

4. Hinweise auf andere Verfügungen

- Ich habe eine **Vollmacht** erteilt, die auch den Aufgabenkreis der Gesundheitsangelegenheiten umfasst. Bevollmächtigt ist:

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort/Land

.....
Anschrift

.....
Telefon, Mobil, Fax, E-Mail

- Ich habe anstelle/neben (**unzutreffendes streichen**) einer Vollmacht eine **Betreuungsverfügung** erstellt. Als rechtlicher Betreuer ist vorgeschlagen:

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort/Land

.....
Anschrift

.....
Telefon, Mobil, Fax, E-Mail

- Ich habe einen **Organspendeausweis**. Werden zur Durchführung der dortigen Verfügung ärztliche Maßnahmen notwendig, die den obigen Anordnungen widersprechen, so haben die folgenden Ausführungen Vorrang:

- die Ausführungen dieser Patientenverfügung

oder

- meine Bereitschaft zur Organspende

5. Vertrauenspersonen, Beistand und Begleitung

Mit folgenden Vertrauenspersonen habe ich mich ausführlich über diese Patientenverfügung unterhalten. Sie sollen zur Feststellung meines Willens nach § 1828 Abs. 2 BGB herangezogen werden:

.....
Name, Vorname

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Geburtsdatum

.....
Telefon, Mobil

.....
Telefon, Mobil

Ich wünsche Beistand und Begleitung durch folgende Personen (Name und Kontaktdaten, z.B. Telefonnummer) oder Organisationen (Kontaktdaten, ggf. Konfession):

- Meine unter Ziffer 4 benannten Bevollmächtigten oder vorgeschlagenen Betreuer.
- Meine unter Ziffer 5 benannten Vertrauenspersonen.
- Hospizdienstliche Begleitung:
- Vertreter einer Glaubensgemeinschaft (Konfession):

Folgende weitere Personen (Name, Geburtsdatum, Telefonnummer, Mobilnummer):

.....
.....

6. Arzt des Vertrauens

Ich habe diese Patientenverfügung mit meinem Arzt des Vertrauens besprochen. Ich entbinde diesen von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meiner bevollmächtigten Person, dem für mich bestellten Betreuer, meinen nächsten Angehörigen, meinen behandelnden Ärzten, dem Pflegepersonal sowie dem Betreuungsgericht und den im Betreuungsverfahren beteiligten Stellen.

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin
------------	--

7. Beratende Stelle

Ich habe mich von folgender Stelle / Organisation beraten lassen:

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift
------------	--------------------------

8. Unterschrift

Ich habe diese Erklärung wohl überlegt und nach sorgfältiger Abwägung der Tragweite meiner Entscheidung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts.

Wenn ich aufgrund von Bewusstlosigkeit oder anderen körperlichen Beeinträchtigungen nicht mehr in der Lage bin, über meine persönlichen Belange zu entscheiden, soll diese Erklärung als Bekundung meines ausdrücklichen Willens gelten.

Zu ärztlichen Maßnahmen, die dieser Verfügung widersprechen, verweigere ich ausdrücklich meine Zustimmung.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille nicht verändert hat (alle 2 Jahre):

Ort, Datum	Unterschrift	Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------	------------	--------------

Ort, Datum	Unterschrift	Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------	------------	--------------

Ort, Datum	Unterschrift	Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------	------------	--------------