

I.

Patientenverfügung

Ich

Vorname / Name / Geb.-datum und -ort

Wohnanschrift

treffe schon jetzt für den Fall, dass ich meinen Willen später nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, folgende Verfügung:

Ich verfüge gegenüber den mich zu behandelnden Ärzten und Pflegeeinrichtungen, in denen ich zum entscheidenden Zeitpunkt lebe, sowie gegenüber jedem, der sonst Entscheidungen über meine Person zu treffen hat, Folgendes:

Ich wünsche mir einen menschenwürdigen Tod und bitte meine Angehörigen, Ärzte und Pfleger, mir dabei beizustehen.

Wenn ich mich:

() in einem aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbaren Sterbeprozess befinde,

() im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,

() in einem Zustand befinde, in dem infolge einer schweren, irreversiblen Schädigung lebenswichtiger Organe, insbesondere des Gehirns, 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 abzusehen ist - dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Hirnblutung, Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen, Organversagen, wobei mir bewusst ist, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen ist -,

() in einem Zustand befinde, in dem ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Art und Weise zu mir zu nehmen, und mindestens zwei erfahrene Ärzte oder Ärztinnen unabhängig voneinander zu diesem Urteil gelangen,

wünsche ich mir:

() das 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,

II.

- eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung
- keine bewusstseinsdämpfenden Mittel
- dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird
- in jedem Fall, auch in anderen der oben genannten Situationen Versuche der Wiederbelebung,
- eine künstliche Beatmung, eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), Gabe von Blut und Blutbestandteilen, falls diese mein Leben verlängern können,

oder

- das alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden,
- das keine künstliche Ernährung durch Magensonde, Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge erfolgt,
- die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen, Hunger und Durst sollen so lange wie möglich auf **natürliche** Art und Weise gestillt werden.
- die fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten, sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege,
- das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome
- Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptom- behandlung versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung, wobei ich die wahrscheinliche Möglichkeit einer Verkürzung meines Lebens durch diese Maßnahmen in Kauf nehme,
- keine Wiederbelebungsmaßnahmen, nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstandes oder Atemversagens, sofern diese Fälle nicht im Rahmen medizinischer Maßnahmen unerwartet eintreten und aller Wahrscheinlichkeit nach zu den oben beschriebenen Situationen führen können,
- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte,
- dass keine künstliche Blutwäsche (Dialyse) und die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden erfolgt.

Ich möchte:

- zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt werden,
- wenn irgendwie möglich zu Hause in vertrauter Umgebung sterben,
- wenn möglich, in einem Hospiz sterben.

III.

Ich möchte:

- Beistand durch folgende Personen:
- Beistand durch einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft
- hospizlichen Beistand
- 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 ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann
- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
- gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille berücksichtigt wird sowie ärztliche und pflegerische Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen, Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden.

Mein durch Vorsorgevollmacht bestimmter Bevollmächtigter bzw. mein Betreuer soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille befolgt wird.

Sollte eine Ärztin, ein Arzt oder ein Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Verfügung geäußerten Willen zu befolgen, **erwarte ich**, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird.

Von meinem Bevollmächtigten bzw. Betreuer **erwarte ich**, dass 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. Die Patientenverfügung soll als Richtschnur maßgeblich sein.

Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person gefolgt werden:

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs dieser 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. Sie gilt auch unabhängig vom Bestehen einer Vorsorgevollmacht oder einer Betreuung.

Ich bin im Vollbestiz meiner geistigen Kräfte.

Ort, Datum

Unterschrift

IV.

Eventuelle Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit:

Herr / Frau _____

Wurde von mir am _____

**Hinsichtlich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.
Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.**

Ort, Datum

Unterschrift

Spätere Bestätigungen meines Willens in Bezug auf meine Patientenverfügung vom _____!

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift