

Patientenverfügung

Ich

Vorname/ Nachname, Geb.- datum und ort

Anschrift

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

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, indem 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 natürlicher Art und Weise zu mir zu nehmen,
- und mindestens zwei erfahrene Ärzte oder Ärztinnen unabhängig voneinander zu diesem Urteil gelangen,

wünsche ich mir:

- () dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden,
- () dass keine künstliche Ernährung durch Magensonde, Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge erfolgen,
- () 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 und 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 unwahrscheinliche 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 Atemversagen, sofern diese Fälle nicht im Rahmen medizinischer Maßnahmen unerwartet eintreten und aller Wahr – scheinlichkeit 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) erfolgt, die Gabe von Blut oder Blut - bestandteilen, nur zur Linderung meiner Beschwerden,
- () dass in den o.g. Situationen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vorgehen.

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird.

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

Sollte eine Ärztin oder 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 unterlassene ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen:

Name/Vorname/Geburtsdatum/Geburtsort

Wohnanschrift

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 unabhängig vom Bestehen einer Vollmacht oder einer Betreuung.

Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

Ort, Datum

Unterschrift

Eventuelle Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit durch meinen Hausarzt / ärztin:

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 und Datum

.....
Unterschrift

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift