

# Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich, \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:

## 1. Diese Verfügung gilt für die nachfolgend beschriebenen Situationen:

- 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 infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. nach Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenem Hirnabbauprozess (z.B. bei Demenz) ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen.
- Wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenz) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zunehmen.
- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

## 2. In allen unter Punkt 1. beschriebenen Situationen verlange ich:

- die Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden.
- keine Wiederbelebungsmaßnahmen.
- keine künstliche Ernährung (weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über Venen).
- verminderte Flüssigkeitsabgabe nach ärztlichem Ermessen.
- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.
- dass keine Dialyse (künstliche Blutwäsche) durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.
- lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, insbesondere 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.

## 3. Für andere Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten.

## 4. Im Falle meines nahenden Todes wünsche ich:

- wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung zu sterben.
- eine Begleitung durch den Hospizdienst.

Zur Umsetzung meines in dieser Verfügung niedergelegten Willens bevollmächtige ich nachfolgend benannte Person, mit der ich den Inhalt dieser Verfügung besprochen habe.

Bevollmächtigte ist: \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ wohnhaft in \_\_\_\_\_

Die genannte Person ist zugleich als Bevollmächtigte in einer Vorsorgevollmacht benannt, die ich neben dieser Patientenverfügung verfasst habe.

# Patientenverfügung

---

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

Betreuer/in ist: \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ wohnhaft in \_\_\_\_\_

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, 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.

**Hinweis:** Die Darlegung bzw. Erläuterung Ihrer eigenen Lebensperspektiven ist so individuell, dass von einer beispielhaften Erörterung abgesehen worden ist. Hier sind Sie gefordert.

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.

Wenn aber die behandelnden Ärzte oder mein/e Bevollmächtigte/r aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in dieser Patientenverfügung doch behandelt werden möchte, dann ist zu ermitteln, ob die Festlegungen meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

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.

Arzt meines Vertrauens ist: \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

**Hinweis:** Um zu zeigen, dass Sie sich über die grundlegenden medizinischen Sachverhalte und Fachfragen informiert haben und sich bei Ihrer Erklärung in geschäftsfähigem Zustand befanden, können Sie sich dieses durch Ihren Arzt bestätigen lassen. Die Erklärung des behandelnden Arztes könnte dann wie folgt lauten:

Mit meiner nachfolgenden Unterschrift bestätige ich, dass ich von dieser Patientenverfügung Kenntnis erlangt habe. Mein/e Patient/in ist bei der Abfassung dieser Patientenverfügung aus medizinischer (hausärztlicher) Sicht in der Willensbildung nicht beeinträchtigt gewesen.

Ort, Datum

Unterschrift

**Hinweis:** Denken Sie daran, Ihre Patientenverfügung alle ein bis zwei Jahre zu überprüfen und dieses schriftlich festzuhalten. Ein entsprechender Vermerk könnte wie folgt lauten:

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

Ort, Datum

Unterschrift