

PATIENTENVERFÜGUNG



Für den Fall, dass ich _____

geboren am: _____

wohnhaft in: _____

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

Wenn ich

- mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde,
- mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn gelegentlich Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für eine indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustands aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- _____

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

Ich verbiete in allen vorhergenannten Situationen alle lebenserhaltenden Maßnahmen, die das Sterben ohne Aussicht auf Besserung hinauszögern und nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie z.B. maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.

Ich lehne insbesondere ab:

- künstliche Ernährung
- Flüssigkeitszufuhr, außer bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung

- Wiederbelebensmaßnahmen
- künstliche Beatmung unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte, wobei ich die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung und/oder einer Lebensverkürzung durch entsprechende Medikamente in Kauf nehme
- Dialyse
- Antibiotika zur Lebensverlängerung
- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen

In allen vorhergenannten Punkten verlange ich

Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere der Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen 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.

Zusätzliche Erklärung für einen fortschreitenden Hirnabbauprozess (z.B. Demenz)

Unabhängig vom Stadium der Erkrankung, unabhängig von meiner Fähigkeit, selbst noch Nahrung oder Flüssigkeit aufnehmen zu können und unabhängig von meiner geistigen Beeinträchtigung verbiete ich

- eine Wiederbelebung im Falle eines Herz-Kreislaufstillstandes.
- jede lebensverlängernde ärztliche Behandlung bei einer hinzutretenden, potentiell tödlichen verlaufenden Krankheit, damit ich sterben kann. Es darf nur noch eine palliative Behandlung stattfinden, die Schmerzen und quälende Symptome lindert.

Ich wünsche eine Begleitung durch (z.B. Seelsorge, Hospizdienst, ...)

Ich habe eine/mehrere Vollmacht/en erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit den/der von mir bevollmächtigten Person/en besprochen.

Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erkläre.

Ich habe dieser Patientenverfügung „Persönliche Ergänzungen“ beigefügt. Sie sollen als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Sollte zusätzlich eine **Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen** gemäß §1828 Abs.2 BGB erforderlich sein, soll folgender/n Person/en – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

(Name, Vorname, Adresse, Telefonnummer)

(Name, Vorname, Adresse, Telefonnummer)

Folgende Person/en soll/en NICHT zu Rate gezogen werden:

(Name, Vorname, Adresse, Telefonnummer)

(Name, Vorname, Adresse, Telefonnummer)