

Patientenverfügung

Ich, _____ geboren am: _____

wohnhaft in: _____

verfüge für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

1. Die Situationen, für die diese Verfügung gilt, sind folgende:

- a. Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde Ja 0 Nein 0
- b. Wenn nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen sind, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigungen, z.B. durch einen Unfall, Schlaganfall, eine Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen Ja 0 Nein 0
- c. Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbau-Prozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen Ja 0 Nein 0
- d. Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Ja 0 Nein 0
- e. _____ Ja 0 Nein 0

2. In den unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

- a. Lindernde ärztliche Maßnahmen, insbesondere Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Unruhe, Angst, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Das mögliche Risiko einer dadurch verkürzten Lebenszeit nehme ich in Kauf Ja 0 Nein 0
- b. Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Körperpflege und Mundpflege zur Linderung des Durstgefühls Ja 0 Nein 0
- c. Begleitung (z.B. Hospizdienste, Seelsorge, u.a.) Ja 0 Nein 0

3. In den unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

- a. Die Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern. Keine 0 Doch 0
- b. Keine Wiederbelebensmaßnahmen Keine 0 Doch 0
- c. Keine Antibiotika und Transfusionen von Blut oder Blutbestandteilen Keine 0 Doch 0
- d. Keine künstliche Niere Keine 0 Doch 0

4. In den unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht (also bei Gehirnschädigungen mit voraussichtlich irreversiblen Bewusstseinsverlust), **wünsche ich, sterben zu dürfen und verlange:**

- a. **Verzicht auf künstliche Ernährung (weder über Magensonde oder Mund, Nase oder Bauchdecke noch über die Vene)** Ja 0 Nein 0
- b. **Verminderte Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen** Ja 0 Nein 0

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe. Ich weiß sehr wohl, dass ich im Koma vielleicht in irgendeiner Form, vielleicht „auf anderer Ebene“ meine Umwelt wahrnehmen könnte und ich aus einem dauerhaften Komazustand möglicherweise aufwachen könnte.

5. Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt haben Ja 0 Nein 0

Wenn ja:

Werden für die Durchführung einer Organspende ärztliche Maßnahmen (z.B. eine kurzfristige künstliche Beatmung) erforderlich, die ich in meiner Patientenverfügung untersagt habe,

- a. geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor 0

oder

- b. gehen die Aussagen in meiner Patientenverfügung vor. 0

Bitte nur EINE der beiden Alternativen ankreuzen!

6. Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und den Inhalt der Patientenverfügung mit dem/der/den nachfolgend bezeichneten Bevollmächtigten besprochen

Ja 0 Nein 0

| | |
|-----------|-----------|
| Name | Name |
| Anschrift | Anschrift |
| Telefon | Telefon |

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder widerrufen kann. Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation eine mögliche Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird, solange ich ihn nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe. Sofern diese Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als interpretierender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

| Ort | Daum | Unterschrift |
|-----|------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Es empfiehlt sich, dies Verfügung regelmäßig (z.B. alles 1-2 Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung für die Wirksamkeit ist nicht verpflichtend. Wir raten aber, sich umfassend zu informieren.

Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name:

Anschrift:

Telefon:

Diese Patientenverfügung ist nach §1901a,b BGB sowie §1904 BGB für Ärzte rechtsverbindlich. Die Maßachtung der Verfügung kann strafrechtliche Folgen für den Arzt haben.