

PATIENTENVERFÜGUNG

Ich, _____, geboren am _____, derzeit wohnhaft _____, verfüge für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, im jetzigen Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und in voller Kenntnis des Inhalts und der Tragweite meines hier geäußerten Willens als Anweisung an die mich behandelnden Ärzte wie folgt:

Präambel

Meine Verfügung soll gelten:

1. Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

2. Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

3. Wenn in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeiten,

- Einsichten zu gewinnen,
- Entscheidungen zu treffen und
- mit anderen Menschen in Kontakt zu treten,

nach voneinander unabhängiger Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen sind, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

In diesen in der Präambel aufgeführten Fällen wünsche ich sterben zu dürfen.

Dies gilt für:

1. direkte Gehirnschädigung (z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung).

2. indirekte Gehirnschädigung (z.B. nach Wiederbelebung, Wachkoma. Irreversibler Bewusstlosigkeit, Lungenversagen).

Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.

Wenn ich in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung, Krebserkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

§ 1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den in der Präambel beschriebenen Situationen wünsche ich, dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Lediglich Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Darüber hinaus wünsche ich eine fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie Körperpflege und das

Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

§ 2 Schmerztherapie

Im Falle des Eintritts einer der in der Präambel beschriebenen Situationen wünsche ich eine umfassende und fachgerechte Schmerz- und Symptomtherapie ohne Rücksicht auf eventuelle Nebenwirkungen.

Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Symptomkontrolle versagen, sollen auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung eingesetzt werden. Die Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch die schmerz- und symptomlindernden Maßnahmen nehme ich in Kauf.

§ 3 Antibiotika

In den in der Präambel beschriebenen Situationen wünsche ich keine Gabe von Antibiotika, auch wenn dies mein Leben verlängern kann.

§ 4 Künstliche Ernährung / Flüssigkeitszufuhr

In den in der Präambel beschriebenen Situationen wünsche ich, dass keine künstliche Ernährung erfolgt. Dies gilt unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge).

Ich wünsche die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

§ 5 Künstliche Beatmung

In den in der Präambel beschriebenen Situationen wünsche ich keine künstliche Beatmung, auch wenn diese Maßnahme geeignet ist, mein Leben zu verlängern.

§ 6 Blut / Dialyse

In den in der Präambel beschriebenen Situationen wünsche ich keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen sowie eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), auch wenn dies mein Leben verlängern kann.

§ 7 Wiederbelebung

In den in der Präambel beschriebenen Situationen wünsche ich keine Versuche der Wiederbelebung bzw. deren Abbruch.

§ 8 Organspende

Im Falle meines Todes widerspreche ich ausdrücklich der Entnahme aller Organe und Gewebe aus meinem Körper zu Transplantationszwecken oder Organspende.

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 gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

§ 9 Ort der Behandlung

Wenn irgend möglich, möchte ich zu Hause/in vertrauter Umgebung sterben.

§ 10 Verbindlichkeit

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. Meine etwaige Vertreterin, z.B. Betreuerin oder Bevollmächtigte, soll für die Durchsetzung meines Willens Sorge tragen.

Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Meine etwaige Vertreterin soll auch dafür Sorge tragen, dass die weitere Behandlung so organisiert wird, 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. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei Meinungsverschiedenheiten über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll besondere Bedeutung haben die Auffassung folgender Person:

_____, geboren am _____, derzeit wohnhaft _____, Tel: _____

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärzte / das Behandlungsteam / meine Bevollmächtigte / meine Betreuerin aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Sollte es insofern zu Meinungsverschiedenheiten kommen, soll besondere Bedeutung haben die Auffassung folgender Person:

_____, geboren am _____, derzeit wohnhaft _____, Tel: _____

_____ ist nicht verpflichtet, nahe Angehörige oder sonstige Vertrauenspersonen in den Erörterungsprozess einzubeziehen.

_____ ist ermächtigt, meinen vorgenannten Wünschen Geltung zu verschaffen. Auch ein etwa Bestellter Betreuer ist an die vorstehend geäußerten Behandlungswünsche gebunden.

§ 11 Betreuung

Sollte eine Betreuung z.B. aufgrund einer schwerwiegenden Demenzerkrankung notwendig werden, dann soll die vorliegende Patientenverfügung zugleich als Betreuungsverfügung gelten. Sie ist als

Ausdruck meines Willens für Betreuungsgericht und Betreuer bzw. Betreuerin verbindlich.

Als Betreuerin soll bestellt werden:

_____, geboren am _____, derzeit wohnhaft _____, Tel: _____

§ 12 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich ermächtige den behandelnden Arzt, folgenden Personen Auskunft über meinen gesundheitlichen Zustand zu geben und entbinde ihn insoweit von seiner Schweigepflicht:

§ 13 Schlussbemerkungen

Sollten meine obenstehenden Verfügungen im Einzelfall in sich widersprüchlich sein, so erkläre ich hiermit, dass mein grundlegendes Therapieziel ausschließlich die Beschwerdelinderung ist.

Soweit ich vorliegend bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

Die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs meiner Patientenverfügung ist mir bekannt.

Ich habe die vorliegende Patientenverfügung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte nach sorgfältiger Überlegung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt, und ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner hier getroffenen Entscheidungen bewusst.

_____, den _____

Unterschrift

Behandlungswünsche im Fall einer Covid-19-Erkrankung

Die Patientenverfügung soll nur Anwendung finden, wenn die zuvor darin beschriebenen Zustände vorliegen.

Für den Fall, dass ich aufgrund einer Covid-19-Erkrankung im Krankenhaus behandelt werden muss, stelle ich ausdrücklich klar, dass alle damit im Zusammenhang erforderlichen intensivmedizinischen Maßnahmen durchgeführt werden sollen.

(Hier ggfls. zusammen mit Ihrem Hausarzt Hinweise auf Vorerkrankungen aufführen).

Für den Fall, dass ich aufgrund einer Covid-19-Erkrankung im Krankenhaus behandelt werden muss, bestimme ich das Folgende:

(Hier ggfls. eintragen, welche speziellen Maßnahmen bei einer Covid-19-Erkrankung durchgeführt werden sollen, z.B. künstliche Beatmung, künstlicher Ernährung, künstliches Koma)

_____, den _____

Unterschrift