

MEINE PATIENTENVERFÜGUNG

Ich,.....

geb. am.....

wohnhaft.....

errichte im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, bei klarem Bewusstsein, ohne Druck und Zwang, nach reiflicher Überlegung und in Kenntnis der rechtlichen Tragweite diese Patientenverfügung für den Fall, dass ich in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls meinen Willen als Patientin/Patient nicht mehr fassen, oder - in welcher Form auch immer – äußern kann (z.B. Bewusstlosigkeit).

Ich errichte mit dieser Urkunde **nach ärztlicher Beratung** - vorgenommen durch

Frau/Herrn Dr.

und **nach rechtlicher Beratung** - vorgenommen durch

Frau/Herrn eine

verbindliche Patientenverfügung.

Diese hat insbesondere in folgenden Situationen zu 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 infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten nach Einschätzung zwei erfahrener Ärztinnen/Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder 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.
4. Wenn ich infolge eines 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.
5. *Beschreibung weiterer Anwendungssituationen:*

.....
.....

Sollte(n) sich eine/mehrere/alle der oben beschriebenen Situationen verwirklichen, dann treffe ich folgende Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung meiner medizinischen Behandlung/Betreuung:

a) Lebenserhaltende Maßnahmen - Basisversorgung:

Ich ordne an, dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden, Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche eine fachgerechte Pflege von Mund- und Schleimhäuten sowie eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst und anderer belastender Symptome.

b) Künstliche Ernährung:

Eine künstliche Ernährung lehne ich in den oben beschriebenen Situationen, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge), ab.

c) Künstliche Flüssigkeitszufuhr:

In den oben beschriebenen Situationen ordne ich die Unterlassung jeglicher künstlicher Flüssigkeitszufuhr an.

d) Wiederbelebung:

In den oben beschriebenen Situationen ordne ich an, dass Versuche zur Wiederbelebung unterlassen werden und dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht zu verständigen ist. Sollte diese(r) trotzdem hinzu gezogen worden sein, so ist diese(r) über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen unverzüglich zu informieren.

e) Künstliche Beatmung:

In den oben beschriebenen Situationen lehne ich eine künstliche Beatmung ab. Eine schon eingeleitete Beatmung hat eingestellt zu werden, 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.

f) Dialyse:

In den oben beschriebenen Situationen lehne ich eine Dialyse ab. Eine schon eingeleitete Dialyse hat eingestellt zu werden.

g) Antibiotika:

In den oben beschriebenen Situationen lehne ich die Gabe von Antibiotika ab.

h) Blut/Blutbestandteile:

In den oben beschriebenen Situationen lehne ich die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen ab.

i) Konkrete Beschreibung weiterer medizinischer Maßnahmen, die ich ablehne:

.....

.....

.....

Schmerz- und Symptombehandlung:

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Schmerz- und Symptombehandlung, auch wenn es dadurch zu einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit kommt.

Schlussbemerkungen:

Mir ist die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs meiner Patientenverfügung bekannt. Ebenso bin ich darüber informiert, dass meine verbindliche Patientenverfügung ab Errichtungsdatum eine Höchstwirksamkeitsdauer von acht Jahren hat, von der Ärztin/vom Arzt auch dann befolgt werden muss, wenn die untersagte Behandlung medizinisch indiziert ist und dass auch andere Personen (Angehörige, Erwachsenenvertreter, Bevollmächtigte) an die Patientenverfügung gebunden sind.

Meine Vertrauenspersonen (dürfen uneingeschränkt und umfassend über meine Krankengeschichte Auskunft erhalten und in meine Krankengeschichtsunterlagen Einsicht nehmen - meine mich behandelnden Ärztinnen/Ärzte entbinde ich von ihrer Verschwiegenheitspflicht gegenüber meinen Vertrauenspersonen)

.....
Ort, Datum

.....
**Unterschrift der ErrichterIn/des Errichters
der Patientenverfügung**

Rechtliche Bestätigung

Mit Frau/Herrn

Identität festgestellt durch

.....
habe ich obige Patientenverfügung umfassend erörtert und konnte ich mich dabei vergewissern, dass der Inhalt der Patientenverfügung ihrem/seinem freien Willen entspricht. Ich habe sie/ihn über das Wesen der verbindlichen Patientenverfügung, ihre rechtlichen Folgen, die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs und die maximale Wirksamkeitsdauer von acht Jahren belehrt. Auch habe ich sie/ihn darüber informiert, dass die verbindliche Patientenverfügung von der Ärztin/vom Arzt auch dann befolgt werden muss, auch wenn die untersagte Behandlung medizinisch indiziert ist und dass auch andere Personen (Angehörige, Erwachsenenvertreter, Bevollmächtigte) an die Patientenverfügung gebunden sind.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift

Ärztliche Bestätigung

Ich, Frau/Herr Dr.,

habe mit Frau/Herrn, geb. am,

ein ausführliches Aufklärungsgespräch zur Thematik Patientenverfügung geführt. Wir haben dabei die vorliegende, umseitig näher beschriebene Patientenverfügung ausführlich besprochen.

Die seitens der Patientin/des Patienten abgelehnten Behandlungsmaßnahmen wurden im Einzelnen erörtert. Die Patientin/der Patient wurde von mir umfassend über Wesen und Folgen der verbindlichen Patientenverfügung für die medizinische Behandlung aufgeklärt. Ich habe mit ihr/ihm die Folgen der Ablehnung der Behandlungsmaßnahmen erörtert. Die Patientin/der Patient ist zum Zeitpunkt der Beratung **entscheidungsfähig** und kann somit Sinn, Bedeutung, Tragweite und Folgen ihrer/seiner Patientenverfügung völlig zutreffend einschätzen und seinen Willen danach bestimmen. Ich konnte mich davon überzeugen, dass sich die Patientin/der Patient ausführlich mit dem Thema der verbindlichen Patientenverfügung befasst hat.

ZWINGENDER EINTRAG DURCH ÄRZTIN/ARZT gemäß § 5 Patientenverfügungs-Gesetz:

Die Patientin/ der Patient, Frau/Herr, geb. am, schätzt die medizinischen Folgen der Patientenverfügung zutreffend ein, weil

.....

Diese Patientenverfügung ist für meine mich zukünftig behandelnden Ärztinnen/ Ärzte nur dann verbindlich, wenn diese Seite vollständig ausgefüllt ist!

..... am

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes