

Patientenverfügung

Ich,

(Name)

(geboren am)

(Adresse)

verfasse hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, folgende Patientenverfügung:

Ich treffe die nachfolgenden Bestimmungen für folgenden Fall:

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 ich 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. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess 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.

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.

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation (wenn gewünscht):

In allen oben beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich

das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit hierdurch nehme ich in Kauf.

- keine künstliche Ernährung (weder über eine Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene).
- die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.
- keine Wiederbelebungsmaßnahmen.
- keine künstliche Beatmung, 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.
- keine Gabe von Antibiotika, es sei denn, sie dienen nur der Linderung meiner Beschwerden.
- keine Bluttransfusion.

Ich möchte

zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

- wenn irgend möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- wenn möglich, in einem Hospiz sterben.

Ich wünsche

Beistand durch folgende Personen:

.....

.....

Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

.....

hospizlichen Beistand.

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter:

.....

.....

Ich habe anstelle einer Vorsorgevollmacht eine Betreuungsverfügung zur Auswahl eines Betreuers erstellt.

Gewünschte Betreuerin oder gewünschter Betreuer:

.....

.....

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bin ich mir bewusst.

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 Vertreterin oder mein Vertreter soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

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

Mir ist bekannt, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

Ort, Datum, Unterschrift

Ich habe den Inhalt der Patientenverfügung überprüft. Sie entspricht auch heute noch in vollem Umfang meinem Willen.

Ort, Datum, Unterschrift