Patientenverfügung

lärz.weiß

von

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
PLZ, Wohnort	Straße, Haus-Nr.	Telefon

1. Motivation für das Verfassen dieser Patientenverfügung - meine Wünsche und Werte, mein Lebensbild

Wenn ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, insbesondere am Ende meines Lebens, erwarte ich von allen, die mich begleiten, dass sie sich bei ihren Entscheidungen nach meinen Verfügungen und Werten richten. Sie sollen sich weder von ihrem eigenen Willen noch von dem, was medizinisch-technisch machbar ist, leiten lassen.

Anmerkungen zu meinen Erfahrungen und Befürchtungen bezüglich Krankheit, Leiden und Sterben, sowie gegebenenfalls aktuell bekannten Erkrankungen:

(Sollte der Platz nicht ausreichen, empfehlen wir Ihnen eine Ergänzung auf einem Beiblatt und Unterschrift.)

2. Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll

(Bitte kreuzen Sie all diejenigen Situationen an, in denen diese Verfügung gelten soll.)

Die folgende Verfügung soll gelten für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann und ich

- ☐ mich nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess
- ☐ mich im Endstadium eines unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheitsprozesses 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 Ärztinnen oder 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 Entzündungen, 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.

☐ mich im Zustand eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) befinde und infolgedessen auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

☐ von einer Vielzahl von Krankheiten betroffen bin, die für sich genommen nicht lebensbedrohlich sind, aber in der Summation (Multimorbidität) einen Heilungsprozess

☐ _____
_____
_____
_____
_____

(Eigene Beschreibung von Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll und die mit einer fehlenden Einwilligungsfähigkeit einhergehen können. Z.b. ein weit fortgeschrittenes Stadium von Amyotropher Lateralsklerose (ALS), einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), einer Herzinsuffizienz oder immer in jeder Behandlungssituation, unabhängig vom Gesundheitszustand.)

3. Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter medizinischer Maßnahmen

3.1 Schmerz- und Symptombehandlung

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung (Linderung von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderen belastenden Symptomen) und nehme die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen

☐ aber keine gezielte Sedierung zum Zweck der Leidenslinderung (Dämmerschlaf), da eine bewusste Beziehung zu meiner Umwelt für mich Vorrang hat.

oder

☐ aber keine gezielte Sedierung zum Zweck der Leidenslinderung (Dämmerschlaf), da eine bewusste Beziehung zu meiner Umwelt für mich Vorrang hat.

3.2 Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

☐ dass eine künstliche Ernährung begonnen und weitergeführt wird mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

oder

☐ die Unterlassung bzw. Einstellung einer bereits eingeleiteten künstlichen Ernährung, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung, z.B. über Sonde durch den Mund, die Nase, die Bauchdecke oder die Vene.

☐ dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr begonnen und weitergeführt wird mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

oder

☐ die Unterlassung bzw. Einstellung einer bereits eingeleiteten künstlichen Flüssigkeitszufuhr, z.B. über Sonde durch den Mund, die Nase, die Bauchdecke, die Vene oder unter die Haut

Eine medizinische Basisbetreuung, die allen Patientinnen und Patienten zusteht, umfasst eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst. Bei Sterbenden gehört dazu u.a. eine fachgerechte lindernde Mundpflege zur Vermeidung von Durstgefühl.

3.3 Künstliche Beatmung

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

☐ eine künstliche Beatmung über eine Maske auf Nase und Mund (nicht-invasive Beatmung) mit dem Ziel mein Leben zu verlängern.

☐ eine künstliche Beatmung über einen Schlauch in die Luftröhre (invasive Beatmung) mit dem Ziel mein Leben zu verlängern.

oder

☐ dass keine künstliche Beatmung (weder über eine Maske auf Nase und Mund noch über einen Schlauch in die Luströhre) durchgeführt bzw. eine eingeleitete Beatmung eingestellt wird, vorausgesetzt, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte

---

3.4 Dialyse

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

☐ eine künstliche Blutwäsche (Dialyse) mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern

oder

☐ dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

3.5 Antibiotika

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

☐ Antibiotika mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

oder

☐ dass keine Behandlung mit Antibiotika durchgeführt wird, außer zur Beschwerdelinderung

---

3.6 Blut und Blutbestandteile

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

☐ Die Gabe von Blut oder Bestandteilen mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

oder

☐ keine Gabe von Blut oder Bestandteilen.

3.7 Kreislauferhaltende Medikamente

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

☐ Die Gabe von kreislauferhaltenden Medikamenten mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

oder

☐ keine Gabe von kreislauferhaltenden Medikamenten

3.8 Wiederbelebende Maßnahmen

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

☐ in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

oder

☐ die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung. Für den Fall, dass eine Notärztin/ein Notarzt hinzugezogen wird, dass diese bzw. dieser unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

3.9 Persönliche Ergänzungen zu gewünschten oder abgelehnten Maßnahmen

(Beispiele für weitere medizinische Maßnahmen sind Chemotherapie und Bestrahlung, Dauermedikamente und der Umgang mit implantierbaren Defibrillatoren (ICD).):

.....

.....

.....

4. Organspende

(Haben Sie keinen Organspendeausweis, in dem Sie einer Organentnahme zustimmen, streichen Sie bitte diesen Punkt 4.)

☐ Ich habe einen Organspendeausweis und stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Voraussetzung für eine Organspende ist die Feststellung des Hirntodes. Bei einem sich abzeichnenden Hirntod lasse ich zeitlich eng begrenzt intensivmedizinische Maßnahmen im Rahmen der Hirntoddiagnostik und nach festgestelltem Hirntod organerhaltende Maßnahmen bis zur Durchführung der Organspende zu. Dies gilt auch, wenn ich in der Patientenverfügung intensivmedizinische Maßnahmen ausgeschlossen habe.

.....

5. Aufenthalt und Begleitung *(Mehrfachnennungen möglich)*

In den unter 2. beschriebenen Situationen ist mein Wunsch,

☐ wenn möglich in meiner vertrauten Umgebung (eigene Häuslichkeit aber bespw. auch Pflegeeinrichtung) zu verbleiben.

☐ nicht in meiner vertrauten Umgebung zu verbleiben.

☐ wenn möglich in ein Hospiz verlegt zu werden.

☐ nicht in ein Hospiz verlegt zu werden.

☐ wenn möglich in eine Pflegeeinrichtung verlegt zu werden.

☐ wenn möglich nicht in eine Pflegeeinrichtung verlegt zu werden.

☐ wenn möglich ins Krankenhaus verlegt zu werden.

☐ wenn möglich nicht ins Krankenhaus verlegt zu werden.

Unabhängig von meinem Aufenthaltsort wünsche ich in den unter 2. beschriebenen Situationen, wenn möglich

☐ die Betreuung durch ein Pallitativteam.

☐ von folgenden mir nahestehenden Personen begleitet zu werden.

.....

☐ von folgenden Personen nicht begleitet zu werden:

.....

☐ seelsorgliche Begleitung zu erhalten.

☐ als katholische Christin/katholischer Christ das Sakrament der Krankensalbung zu empfangen.

Persönliche Ergänzungen zur Unterbringung und Begleitung:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Verbindlichkeit, Anhörungsverfahren und Widerruf

Ich habe einen Organspendeausweis und stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Voraussetzung für eine Organspende ist die Feststellung des Hirntodes. Bei einem sich abzeichnenden Hirntod lasse ich zeitlich eng begrenzt intensivmedizinische Maßnahmen im Rahmen der Hirntoddiagnostik und nach festgestelltem Hirntod organerhaltende Maßnahmen bis zur Durchführung der Organspende zu. Dies gilt auch, wenn ich in der Patientenverfügung intensivmedizinische Maßnahmen ausgeschlossen habe.

.....

7. Aufenthalt und Begleitung *(Mehrfachnennungen möglich)*

In den unter 2. beschriebenen Situationen ist mein Wunsch,

- ☐ wenn möglich in meiner vertrauten Umgebung (eigene Häuslichkeit aber bespw. auch Pflegeeinrichtung) zu verbleiben.
- ☐ nicht in meiner vertrauten Umgebung zu verbleiben.
- ☐ wenn möglich in ein Hospiz verlegt zu werden.
- ☐ nicht in ein Hospiz verlegt zu werden.
- ☐ wenn möglich in eine Pflegeeinrichtung verlegt zu werden.
- ☐ wenn möglich nicht in eine Pflegeeinrichtung verlegt zu werden.
- ☐ wenn möglich ins Krankenhaus verlegt zu werden.
- ☐ wenn möglich nicht ins Krankenhaus verlegt zu werden.

Unabhängig von meinem Aufenthaltsort wünsche ich in den unter 2. beschriebenen Situationen, wenn möglich

- ☐ die Betreuung durch ein Pallitativteam.
- ☐ von folgenden mir nahestehenden Personen begleitet zu werden.

.....

- ☐ von folgenden Personen nicht begleitet zu werden:

.....

- ☐ seelsorgliche Begleitung zu erhalten.
- ☐ als katholische Christin/katholischer Christ das Sakrament der Krankensalbung zu empfangen.

Im Falle, dass die/der behandelnde Ärztin/Arzt und mein/e Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in sich über die Auslegung meiner Patientenverfügung, meine Behandlungswünsche oder meinen mutmaßlichen Willen trotz Bemühungen nicht einigen können, ist das Betreuungsgericht einzuschalten, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide.

Sollte die/der behandelnde Arztin/Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, den in meiner Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, kann meine/mein Bevollmächtigte/r bzw. Be-treuerin/Betreuer für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung sorgen, um meinem verfügten Willen zu entsprechen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

☐ Ich wünsche nicht, dass in einer unter 2. beschriebenen Situation eine Änderung meines Willens aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen unterstellt wird.

oder

☐ Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten An-wendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein/e Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist unter Einbezug aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenver-fügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen oder nicht.

Hinweis auf eine existierende Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung
(Achtung: Dies ist kein Ersatz für eine Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung.)

☐ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung in einem separaten Dokument eine Vorsorgevollmacht erstellt und mit der/ dem/den Bevollmächtigten über ihre Inhalte gesprochen. Ich habe folgende Per-son/Personen bevollmächtigt:

oder

☐ Ich habe keine Vorsorgevollmacht erstellt.

Name: .....

Vorname: .....

Geb.dat.: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

☐ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung in einem separaten Dokument eine Betreuungsverfügung erstellt.
Als Betreuer/in wünsche ich mir:

oder

☐ Ich habe keine Betreuungsverfügustellt.

Name: .....

Vorname: .....

Geb.dat.: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

8. Ärztliche Aufklärung

☐ Die Tragweite der Entscheidungen in meiner Patientenverfügung sind mir bewusst und ich verzichte ausdrücklich auf eine ärztliche Aufklärung im Rahmen der Erstellung dieser Patientenverfügung.

oder

☐ Ich wurde bei der Erstellung meiner Patientenverfügung ärztlich beraten und aufgeklärt von:

.....

.....

9. Inhaltliche Unterstützung *(Angabe nicht erforderlich)*

Ich wurde inhaltlich unterstützt von (Name, Vorname):

.....

.....

.....

10. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen in dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

....

Ort, Datum *Unterschrift Ersteller/in*

Bestätigung durch eine/n Zeugin/Zeugen:*(Angabe nicht erforderlich)*
Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung von der Verfasserin/vom Verfasser selbst unterschrieben wurde.

....

Ort, Datum *Unterschrift Ersteller/in*

11. Hinterlegung und regelmäßige Aufrechterhaltung

Kopien dieser Patientenverfügung sind hinterlegt bei:

1. ..... am: .....

2. ..... am: .....

3. ..... am: .....

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die weitere Gültigkeit meiner Patientenverfügung.
(*Wenn ich die Aktualität meiner Patientenverfügung nicht regelmäßig bestätige, bedeutet dies nicht, dass diese Patientenverfügung nicht mehr Bestand haben soll.)*

1.Bestätigung	**2. Bestätigung**	**3. Bestätigung**
..... *Ort, Datum*	..... *Ort, Datum*	..... *Ort, Datum*
..... *Unterschrift*	..... *Unterschrift*	..... *Unterschrift*
4.Bestätigung	**5.Bestätigung**	**6.Bestätigung**
..... *Ort, Datum*	..... *Ort, Datum*	..... *Ort, Datum*
..... *Unterschrift*	..... *Unterschrift*	..... *Unterschrift*