

Patientenverfügung

Ich,

Name: _____

Vorname: _____

geboren am: _____

Straße/ Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

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, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfinden 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 Beschreibungen der Anwendungssituation (wenn gewünscht):

(ggf. zusätzliches Blatt anfügen)

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 sollten 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 Wiederbelebensmaßnahmen.
- 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 in das Krankenhaus in verlegt werden.
- wenn irgend möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- wenn möglich, in einem Hospiz sterben.

- Die Patientenverfügung umfasst 6 Seiten. -

Die Inhalte dieser Vorsorgevollmacht wurden mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt. Der Anbieter übernimmt jedoch keine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der bereitgestellten Inhalte. Die Nutzung dieses Dokuments erfolgt auf eigene Gefahr des Nutzers. Mit der reinen Nutzung der Website des Anbieters kommt keinerlei Vertragsverhältnis zwischen dem Nutzer und dem Anbieter zustande.

Ich wünsche

Beistand durch folgende Personen:

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

hospizdienstlichen Beistand.

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

Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter:

Ich habe mit meiner Vorsorgevollmacht eine Betreuungsverfügung zur Auswahl eines Betreuers erstellt.

Gewünschte Betreuerin oder gewünschte 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.

Beim Ausfüllen dieser Patientenverfügung wurde ich von folgenden Personen unterstützt:

Diese bestätigen durch ihre Unterschrift, dass ich diese Erklärung im nach außen erkennbaren Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, frei, in eigener Verantwortung und ohne Druck von außen verfasst habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

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

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Arzt / Ärztin meines Vertrauens ist:

Name, Vorname: _____

Straße/ Hausnummer: _____

PLZ./ Ort _____

Telefon: _____

Telefax: _____

E – Mail: _____

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/ des Patienten

Erklärung der behandelnden Ärztin/ des behandelnden Arztes:

Mit meiner nachfolgenden Unterschrift bestätige ich, dass ich von dieser Patientenverfügung Kenntnis erlangt habe. Meine Patientin/ mein Patient hat ihren/ seinen Willen in klarer Orientierung und Unabhängigkeit unterschrieben.

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/ des Arztes