

Patientenverfügung

Meine persönliche Patientenverfügung

Name	Vorname
geboren am	in
Straße	Wohnort
Telefon	Personalausweisnr.

Wenn ich selbst nicht mehr für mich entscheiden kann, soll diese Patientenverfügung meinen Willen zum Ausdruck bringen. Damit möchte ich andere (Angehörige, Freundinnen und Freunde, Ärztinnen und Ärzte) dabei unterstützen, die für meine Vorstellung von Lebenssinn und Lebensqualität richtigen Entscheidungen zu treffen.

Vielleicht ergeben sich dabei unterschiedliche Einschätzungen meines mutmaßlichen Willens. Auch wenn ich nicht alle denkbaren Notsituationen im Voraus bedenken und regeln kann, habe ich die Möglichkeit wahrgenommen, mit anderen, auch mit meiner Ärztin bzw. meinem Arzt, über meine Wertvorstellungen von einem menschenwürdigen Lebensende eingehend zu sprechen und diese nachfolgend schriftlich festgelegt.

■ **Meine Einstellung zum Leben und zum Sterben**

Was denke ich über mein Leben? Was ist mir besonders wichtig?
Was denke ich über das Sterben? Was macht mir Angst? Was hilft mir?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

■ **Medizinische Fragen** (nicht zutreffende Textpassagen bitte streichen)

1. Sterbeprozess

Ich möchte, dass mein Leben möglichst lange erhalten bleibt, auch bei begunnenem Sterbeprozess. Ja Nein

Zur Beherrschung von schweren Angstzuständen, Schmerzen, Luftnot oder anderen unerträglichen Beschwerden bin ich grundsätzlich mit einer dauerhaften Gabe von Schmerz- und Beruhigungsmitteln (Palliativer Sedierung) einverstanden. Dabei nehme ich auch das Risiko einer Verkürzung meines Lebens in Kauf. Ja Nein

2. Schwere Erkrankungen

Ich wünsche mir immer eine Grundversorgung, die menschliche Zuwendung und Pflege ebenso beinhaltet wie die Behandlung von Schmerzen, Luftnot, Angst und Übelkeit.
Bei Bedarf möchte ich auch die Begleitung durch einen Hospizdienst, eine Verlegung auf eine Palliativstation oder in ein stationäres Hospiz. Ja Nein

- a) schwere, akut auftretende Gehirnschädigung
Ein schwerer Hirnschaden kann zur Folge haben, dass ich aller Wahrscheinlichkeit nach ein selbstbestimmtes Leben mit Einsichtsfähigkeit und der Möglichkeit, mit meinen Mitmenschen in Kontakt zu treten, auf Dauer nicht mehr führen kann. Für diesen Fall wünsche ich, dass alles Menschenmögliche für mich getan wird. Dazu gehört eine intensive Heilbehandlung mit lebensverlängernden Maßnahmen wie beispielsweise Wiederbelebung, Beatmung, Dialyse oder Bluttransfusionen.
Ja Nein Je nach Situation

- b) Wenn ich eine unheilbare, tödlich verlaufende Krankheit im Endstadium habe, bei der der Sterbeprozess noch nicht begonnen hat, möchte ich, dass alles Menschenmögliche getan wird.
Ja Nein Je nach Situation

- c) Sollte ich in einen schweren neurologischen Defektzustand (beispielsweise den Endzustand eines Demenzprozesses) oder in ein Wachkoma ohne Aussicht auf Besserung geraten, wünsche ich weiterhin den Einsatz aller zur Verfügung stehenden medizinischen Mittel.
Ja Nein Je nach Situation

Sollte ich mich bei 2a) bis 2c) gegen den Einsatz intensiver Heilverfahren entschieden haben, beinhaltet das auch die Unterlassung der Behandlung zusätzlich auftretender Erkrankungen. Das bedeutet, dass bei solch schweren Erkrankungen beispielsweise auf die Gabe eines Antibiotikums bei einer Lungenentzündung verzichtet wird.

Ja Nein Je nach Situation

Das beinhaltet auch den Verzicht auf:

- künstliche Ernährung (über Magensonde, PEG-Sonde* oder intravenös) Ja Nein
- künstliche Flüssigkeitszufuhr (über Magensonde, PEG-Sonde* oder intravenös) Ja Nein

Das gilt insbesondere in folgenden Situationen:

Ich weiß, dass bei Verzicht auf künstliche Flüssigkeitszufuhr der Tod innerhalb weniger Tage eintreten kann.

3. PEG-Sonde*

Die Anlage einer PEG-Sonde erlaube ich in folgenden Situationen

Die Anlage einer PEG-Sonde lehne ich in folgenden Lebenslagen ab

Meine Einwilligung zur Anlage einer PEG-Sonde gebe ich in keinem Fall Ja Nein

4. Entscheidungsfindung

In vielen Lebenslagen ist die Prognose nicht eindeutig. Z. B. ist auch in seltenen Fällen ein Aufwachen aus einem langen (Wach-) Koma möglich. Wenn es daher unklar sein sollte, ob mein hier verfügter Wille in der konkreten Situation greift, wünsche ich mir folgende Art der Entscheidungsfindung:

In diesem Fall soll mein/e Betreuer/in bzw. Vorsorgebevollmächtigte/r mitentscheiden Ja Nein

Ich wünsche die Durchführung eines Ethikrats* Ja Nein

5. Schmerzen

Ich möchte, dass alles getan wird, um möglichst schmerzfrei zu sein, auch wenn ich dadurch eventuell vorübergehend oder anhaltend benommen sein oder auch schlafen sollte. Ja Nein

Ich will die Schmerzen auf ein erträgliches Maß reduziert haben und möglichst wach bleiben. Ja Nein

6. Aufklärung

Ich wünsche eine sorgfältige und lückenlose ärztliche Aufklärung; nur so kann ich für mich wichtige Entscheidungen bezüglich meiner Therapie treffen, meine verbleibende Lebenszeit sinnvoll nutzen und letzte Dinge erledigen.

Ja Nein

■ Begleitung

1. Bei schwerer Krankheit oder Bewusstlosigkeit wünsche ich mir menschlichen Beistand. Die Anwesenheit folgender Personen (auch am Krankenbett) wäre in meinem Sinne:

.....

Gegenüber folgenden Menschen entbinde ich die mich behandelnden Ärztinnen, Ärzte und Pflegenden von ihrer Schweigepflicht:

.....

2. Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, habe ich bereits eine Vorsorgevollmacht verfasst.

Nein Ja , mein/e Bevollmächtigte/r ist (s. Anhang):

3. Ich wünsche, dass eine Pastorin/ein Pastor, ein Priester oder Vertreter meiner Religion gerufen wird, um mir Beistand zu geben. Ja Nein

Meine Religionszugehörigkeit:

* siehe Begriffserklärung

■ **Über meinen Tod hinaus gehende Verfügungen**

1. Organspende

Im Falle meines Todes

- gebe ich meinen Körper zur Organspende frei Ja Nein

Ich gestatte dies mit Ausnahme folgender Organe oder Gewebe:

- gebe ich folgende Organe oder Gewebe zur Entnahme frei :

2. Obduktion (aus medizinischen Gründen)

- Ich bin mit einer Obduktion einverstanden Ja Nein
- darüber muss im Falle meines Todes von meinem/r Vertreter/in entschieden werden Ja Nein

Ich erwarte, dass meine Wertvorstellungen, Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigt werden. Ich beabsichtige, diese Patientenverfügung regelmäßig zu überprüfen und gegebenenfalls zu ändern.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

- **Zeugen** (Die Unterschrift von Zeugen ist für die Wirksamkeit der Patientenverfügung nicht erforderlich, erhöht aber die Beweiskraft)

Ich bestätige, dass Frau/Herr
diese Verfügung nach sorgfältiger Prüfung festgelegt hat und dass ich keine Zweifel an ihrer/seiner
Entscheidungsfähigkeit habe.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der Zeugen (z.B. Hausarzt/-ärztin, Seelsorger/in)

.....
Name(n) des/der Zeugen

- **Aktualisierung dieser Verfügung durch erneute Unterschrift**

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Diese Aktualisierung kann mehrfach passieren. Jedenfalls sollte immer dann die Verfügung erneuert werden, wenn Sie etwas geändert haben. Sonst empfiehlt sich eine Aktualisierung durch erneute Unterschrift im Zweijahresrhythmus.