

PATIENTENVERFÜGUNG

(Erklärung über eigene Wünsche in Bezug auf medizinische Behandlung und Pflege für den Fall der eigenen Willensunfähigkeit)

Sie können dieses Formular direkt verwenden, aber auch abschreiben, nach persönlichen Vorstellungen ändern oder als Leitfaden für eine selbst verfasste Patientenverfügung verwenden. Je persönlicher und aktueller die Verfügung und je besser sie auf Ihre Situation abgestimmt ist, umso verbindlicher wird sie für den behandelnden Arzt. Um Manipulationen zu verhindern, sollten Sie selbst eingefügte Ergänzungen oder Streichungen stets unterschreiben.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnanschrift:

Bestätigung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit durch den Hausarzt / behand. Arzt

(Dies ist keine Voraussetzung für die Wirksamkeit der Verfügung, kann aber hilfreich sein.)

Hiermit bestätige ich,, dass der Verfasser dieser Verfügung im Vollbesitz seiner geistigen Fähigkeiten einsichts- und urteilsfähig ist.

Datum: Unterschrift:

Beschreibung des aktuellen Gesundheitszustandes/ Diagnose: (evtl. vom behandelnden Arzt auszufüllen)

.....
.....

- I. Eigene Gedanken und Wünsche in Bezug auf das Lebensende; religiöse Überzeugung; Welche Vorstellungen habe ich bezüglich meiner Lebensqualität und Lebenserwartung? Möchte ich ein Leben solange wie möglich, auch, wenn meine Lebensqualität dadurch erheblich eingeschränkt wird?

Die Angabe Ihrer persönlichen Wertvorstellungen ist keine Pflicht, sie soll Ihrem Arzt in Situationen helfen, die von dieser Verfügung nicht erfasst sind.

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Änderungen:

.....

.....

.....

.....

II. Sollte ich später einmal nicht mehr in der Lage sein, über meine Angelegenheiten selbst zu entscheiden, so verfüge ich für folgende Situationen, dass medizinische Maßnahmen unternommen oder unterlassen werden sollen.

Diesen Teil der Verfügung sollten Sie mit ihrem Arzt/ Hausarzt ausführlich besprechen. Bei rechtlichen Fragen können Sie sich auch an einen Anwalt ihres Vertrauens wenden. Die Rücksprache mit einem Arzt oder Juristen ist aber nicht zwingend. Sie dürfen selbstverständlich auch Passagen streichen und Sachverhalte hinzufügen.

Ich will keine / Ich will ausdrücklich * lebensverlängernde Maßnahmen, also Behandlungen, die den natürlichen Verlauf des Sterbeprozesses aufhalten, wenn:

- ich mich in einem unmittelbaren Sterbeprozess ohne Aussicht auf Heilung befinde.
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde.
- lebenswichtige Organe oder Körperfunktionen ausgefallen sind und dieser Ausfall nicht behandelbar ist.
- ich (*seit mindestens 6 Monaten*) in einem Zustand dauerhafter Bewusstlosigkeit bin, aus dem ich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht mehr aufwachen werde (sogenanntes apallisches Syndrom oder Coma vigile).

- Unabhängig von meinem Gesundheitszustand wünsche ich **in keinem Fall** lebensverlängernde Maßnahmen, auch wenn es Aussicht auf Heilung gäbe.

* Nicht Zutreffendes bitte streichen.

Ist ein Mensch in einem derart hoffnungslosen Zustand, dass er aller Wahrscheinlichkeit nach in absehbarer Zeit sterben wird, gibt es für die behandelnden Ärzte verschiedene Schaltstellen, an denen sie sich für das Leben oder für den Tod entscheiden können. Diese Entscheidung liegt rechtlich aber nicht in der Hand des Arztes, sondern in der des betroffenen Patienten. Ärzte müssen so handeln, wie es der Patient gewünscht hätte, insofern dieser Wunsch die Grenzen des Gesetzes nicht überschreitet. In solchen Situationen können Patientenverfügungen Hilfe und Maßstab für die Ermittlung des Patientenwillens sein. Deshalb ist es wichtig, dass Sie schon jetzt darlegen, wie Sie in bestimmten Situationen behandelt werden möchten.

Befinde ich mich in einem der oben genannten Zustände, verfüge ich, dass

- ich im Falle eines Herzstillstandes wiederbelebt
 nicht wiederbelebt werden möchte.

- bei Ausfall der eigenen Atmung künstlich beatmet
 nicht künstlich beatmet werden möchte.
 eine einmal begonnene Beatmung beendet werden soll.

- wenn ich nicht mehr in der Lage bin, Nahrung auf natürlichem Weg aufzunehmen,
 mir über eine PEG – Sonde (durch Bauchwand) oder Nasensonde Nahrung künstlich zugeführt werden soll.
 nicht künstlich ernährt werden soll.
 eine einmal begonnene künstliche Ernährung abgebrochen werden soll.

- wenn ich nicht mehr in der Lage bin, Flüssigkeit auf natürlichem Weg aufzunehmen,
 mir Flüssigkeit im notwendigen Umfang zugeführt werden soll.
 Flüssigkeit nicht künstlich zugeführt werden soll.
 eine einmal begonnene Flüssigkeitszufuhr abgebrochen werden soll.

- ich eine Bluttransfusion ablehne. wünsche.

- ich bei Begleitinfektionen die Behandlung mit Antibiotika
 wünsche. ablehne
 und eine begonnene Antibiotikagabe beendet werden soll.

- ich bei einem Organversagen Dialyse Organtransplantation
 keine Dialyse keine Organtransplantation
wünsche.

- sonstige Maßnahmen:

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

Bei manchen zum Tode führenden Erkrankungen können Symptome und Beschwerden auftreten, die nur mit starken Medikamenten zu bekämpfen sind.

Ich wünsche eine Linderung solcher Symptome, auch für den Fall, dass

- sich dadurch meine Lebenszeit weiter verkürzt.
- dadurch meine geistigen Fähigkeiten oder mein Bewusstsein getrübt werden.
- Ich möchte nicht, dass solche Medikamente eingesetzt werden.

Speziell für die bei mir bestehende Erkrankung treffe ich selbst folgende zusätzliche Verfügungen: *(Falls Sie zusätzliche Verfügungen treffen wollen.)*

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

III. Der Gesetzgeber hat mit Wirkung zum 01.09.2009 die Patientenverfügung gesetzlich in den §§ 1901a und 1901b BGB geregelt. Danach ist es die Aufgabe des Betreuers, die Patientenverfügung gegenüber Ärzten, Kliniken oder Heimeinrichtungen durchzusetzen. Einen Betreuer braucht man aber dann nicht, wenn Sie eine Person Ihres Vertrauens für die Entscheidung über lebensverlängernde Maßnahmen bevollmächtigt haben. Die Entscheidung für oder gegen lebensverlängernde Maßnahmen trifft der Arzt gemeinsam mit Ihrem Bevollmächtigten/ Betreuer. Trifft die Verfügung nicht klar auf die eingetretene Situation zu, sollen weitere Vertrauenspersonen in die Entscheidung einbezogen werden. Es ist deshalb wichtig, dass Sie zusätzlich zu der Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung verfassen und weitere Vertrauenspersonen bestimmen. Dabei können Sie auch festlegen, wem Sie nicht vertrauen und wer keinesfalls in die Entscheidung einbezogen werden sollen.

Ich habe ergänzend zu dieser Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht/ Betreuungsverfügung verfasst (nicht Zutreffendes bitte streichen).

1. Bevollmächtigter ist:

2. Betreuer soll sein:

Herr/ Frau:

Herr/ Frau:

Adresse:

Adresse:

.....

.....

Telefon:

Telefon:

Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin, Herrn/ Frau über die medizinischen Hintergründe dieser Verfügung gesprochen.

In einer Situation, die von dieser Verfügung nicht erfasst ist, sollen nachfolgende Personen zur Ermittlung meines mutmaßlichen Willens befragt werden. Gleichzeitig entbinde ich die behandelnden Ärzte im Falle meiner eigenen Entscheidungsunfähigkeit von ihrer Schweigepflicht gegenüber diesen Personen:

1. Vertrauensperson:

2. Vertrauensperson:

Herr/ Frau:

Herr/ Frau:

Adresse:

Adresse:

.....

.....

Telefon:

Telefon:

[**Keinesfalls** befragt werden sollen:

Herr/ Frau

Adresse:]

Unterschrift:

Ort, Datum: Unterschrift:

Folgende Angaben sind **keine Voraussetzung** für die Wirksamkeit Ihrer Patientenverfügung. Sie unterstreichen aber deren Verbindlichkeit und dienen dem behandelnden Arzt als zusätzliche Auslegungshilfe im Hinblick auf Ihren aktuellen Willen. Eine notarielle Beurkundung oder Beglaubigung ist **nicht** erforderlich.

Zeugenunterschrift:

Hiermit bezeuge ich,
dass Herr/ Frau diese Verfügung eigenmächtig, nicht durch
Drängen Dritter und im vollen Besitz seiner/ ihrer geistigen Fähigkeiten unterschrieben hat.

Datum: Unterschrift:

Erneuerung:

Um die Glaubwürdigkeit dieser Verfügung zu erhöhen, sollte sie so aktuell wie möglich sein. Deshalb empfehlen wir Ihnen, die Patientenunterschrift alle 2 Jahre zu erneuern. Die Verfügung kann jederzeit frei widerrufen werden.

Hiermit bekunde ich, dass die vorliegende Verfügung meinem Willen weiterhin entspricht:

Datum: Unterschrift:

Datum: Unterschrift:

Wie bereits oben erwähnt, sollten Sie ihre Patientenverfügung auch mit einer Vorsorgevollmacht oder einer Betreuungsverfügung sinnvoll kombinieren. Mit einer Betreuungsverfügung bestimmen Sie die Person, die das Betreuungsgericht im Falle Ihrer Entscheidungs- und Handlungsunfähigkeit als Ihren Betreuer einsetzen soll. Durch eine Vorsorgevollmacht bevollmächtigen Sie eine Person Ihres Vertrauens, die im Falle Ihrer eigenen Entscheidungs- und Handlungsunfähigkeit rechtswirksam für Sie handeln und entscheiden kann. Ist ein Bevollmächtigter bestellt, bedarf es meist keiner gerichtlichen Einsetzung eines Betreuers mehr. Bitte lassen Sie sich auch zu den Themen Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht umfassend beraten.

Damit die behandelnden Ärzte erfahren, dass Sie eine Patientenverfügung verfasst haben, sollten Sie einen Hinweis darauf zu Ihren Ausweispapieren legen. Sie können dafür auch die unten vorgegebene Hinweiskarte verwenden.

Bewahren Sie die Verfügung im Original zusammen mit Ihren anderen Vorsorgedokumenten auf. Geben Sie eine Kopie der Verfügung Ihrem behandelnden Arzt und je eine Kopie Ihren Vertrauenspersonen. Besprechen Sie die Verfügung mit Ihren Vertrauenspersonen.

Hinweiskarte für die Personalien:

Für den behandelnden Arzt/ Ärztin

Name, geb. am:

Anschrift:

Für den Fall meiner eigenen Entscheidungsunfähigkeit, weise ich Sie hiermit auf die Existenz einer Patientenverfügung hin. Bitte nehmen Sie unverzüglich Kontakt zu folgenden Personen auf:

Hausarzt:

Anschrift:

Telefon:

Vertrauensperson:

Anschrift:

Telefon:

