Patientenverfügung

Ich, _____, geboren am _____

wohnhaft in _____

verfüge für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

1. Die Situationen, für die diese Verfügung gilt, sind folgende:

   Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde
   ❑ Ja ❑ Nein

   Wenn nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen sind, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist.
   Dies gilt für direkte Gehirnschädigungen, z. B. durch einen Unfall, Schlaganfall, eine Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen.
   ❑ Ja ❑ Nein

   Wenn ich infolge eines sehr 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
   ❑ Ja ❑ Nein

   Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist
   ❑ Ja ❑ Nein

   Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich genannte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.
   Für andere Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten.

2. In den unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

   Lindernde ärztliche Maßnahmen, insbesondere Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Unruhe, Angst, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Das mögliche Risiko einer dadurch verkürzten Lebenszeit nehme ich in Kauf.
   ❑ Ja ❑ Nein

   Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Körperpflege und Mundpflege zur Linderung des Durstgefühls
   ❑ Ja ❑ Nein

   Begleitung (z. B. Hospizdienste, Seelsorge)
   ❑ Ja ❑ Nein ❑ Wenn ja, welche?

   _____

3. In den unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

   die Unterlassung lebensverlängernder/lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern.
   ❑ Ja ❑ Nein

   Wiederbelebungsmaßnahmen
   ❑ Ja ❑ Nein

   Antibiotika
   ❑ Ja ❑ Nein

   Transfusionen von Blut oder Blutbestandteilen
   ❑ Ja ❑ Nein

   künstliche Niere
   ❑ Ja ❑ Nein

4. In den unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht (also bei Gehirnschädigungen mit voraussichtlich irreversibel erloschenem Bewusstsein), wünsche ich, sterben zu dürfen, und

   verzichte auf künstliche Ernährung (weder über Magensonde oder durch Mund, Nase oder Bauchdecke noch über die Vene)
   ❑ Ja ❑ Nein
   verzichte auf Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen
   ❑ Ja ❑ Nein

   Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine unzulässige Sterbehilfe. Ich weiß sehr wohl, dass ich im Koma vielleicht in irgendeiner Form, vielleicht »auf anderer Ebene« meine Umwelt wahrnehmen könnte und ich aus einem dauerhaften Komazustand möglicherweise aufwachen könnte.

5. Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt, in dem ich mich zur Organspende bereit erklärt habe
   ❑ Ja ❑ Nein

   Welche Organe?

   _____

6. Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und den Inhalt der Patientenverfügung mit dem / der / den nachfolgend bezeichneten Bevollmächtigten besprochen
   ❑ Ja ❑ Nein

   Name: _____

   Adresse: _____

   Telefon: _____

   Name: _____

   Adresse: _____

   Telefon: _____

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder widerrufen kann. Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation eine mögliche Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird, solange ich ihn nicht ausdrücklich widerrufen habe. Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als interpretierender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

_____

Ort **Datum** **Unterschrift**

Arzt / Ärztin meines Vertrauens:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Diese Patientenverfügung ist nach § 1901a,b BGB sowie § 1904 BGB für Ärzte rechtsverbindlich. Die Missachtung der Verfügung kann strafrechtliche Folgen für den Arzt haben.