

Meine Patientenverfügung

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

PLZ/Wohnort: _____

Straße/Hausnummer: _____

Telefon: _____

Wenn eines Tages mein Leben zu Ende geht, so erwarte ich von allen, die mir beizustehen versuchen, dass sie sich bei ihren Entscheidungen an meinem Willen orientieren. Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte gebe ich nach reiflicher Überlegung die nachstehende Erklärung ab, die unbegrenzt Gültigkeit haben soll, bis sie von mir geändert oder widerrufen wird. Ich glaube, dass mein Sterben zu meinem Leben gehört und möchte deshalb beim Eintreten meines Sterbeprozesses keine Verlängerung meines Lebens um seiner selbst willen.

1. Voraussetzung für die Gültigkeit

Diese Patientenverfügung soll den Fall gelten, dass ich aufgrund einer nicht umkehrbaren Bewusstlosigkeit, einer schweren Dauerschädigung meines Gehirns (Decerebration) oder einer anderen Erkrankung meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann.

2. Meine Verfügungen

2.1 Situationen, für die diese Verfügung gelten soll (*zutreffendes bitte ankreuzen*):

wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar und unmittelbar im Sterbeprozess befinde, oder

wenn ich an einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit leide, die nach Einschätzung zweier Ärzte unabwendbar in absehbarer Zeit zum Tode führen wird und wenn keine hinreichend deutlichen Anzeichen von Lebenswillen bei mir zu erkennen sind, oder

wenn ich dauerhaft in einen komatösen Zustand verfallen sollte oder durch andere krankheits- oder unfallbedingte Ursachen meine Fähigkeiten verloren habe, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, oder

wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei einer Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. Dabei ist stets zu beachten, dass eine Verweigerung der Nahrungsaufnahme als Willensäußerung zu akzeptieren ist.

2.2 In den unter 2.1 von mir angekreuzten Situationen wünsche ich

die Unterlassung medizinischer Behandlung, bei der Lebensverlängerung oder Lebenserhaltung trotz unheilbarer Krankheit das einzige therapeutische Ziel ist und dadurch mein Leiden möglicherweise unnötig verlängert wird.

Leidensminderung durch Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angstgefühlen, Unruhezuständen, Erbrechen und weiteren Krankheitsbildern, auch wenn damit eine Verkürzung meines Lebens verbunden sein sollte.

keine künstliche Ernährung, unabhängig von der Form der Zuführung der Nahrung (zum Beispiel über eine Sonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke oder über die Vene) und keine Flüssigkeitszufuhr, außer zur Beschwerdelinderung etwa in Form von Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls.

keine künstliche Beatmung unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte.

Die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung. Wird ein Notarzt oder eine Notärztin hinzugezogen, ist dieser/diese über die Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen zu informieren. Maßnahmen zur Leidensminderung dürfen durch den Notarzt/die

Notärztin selbstverständlich ergriffen werden. Sollte ich Träger eines Defibrillators sein, ist dieser zu deaktivieren.

- keine künstliche Blutwäsche (Dialyse) mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern bzw. ich erwarte, dass eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.
- keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern, außer zur Beschwerdelinderung.
- keine Behandlung mit Antibiotika mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern, außer zur Beschwerdelinderung.
- keine Gabe von kreislaufstabilisierenden Medikamenten mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern, außer zur Beschwerdelinderung
- keine intensivmedizinische Versorgung, außer diese Maßnahmen werden in erster Linie zur Leidenslinderung eingesetzt.

3. Organspende

- ja**, ich stimme der Entnahme meiner Organe nach meinem Tode zu Transplantationszwecken zu. Dafür gestattete ich die kurzfristige Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen.
- nein**, ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

4. Aufenthalt und Begleitung (*zutreffendes bitte ankreuzen*):

In meiner letzten Lebensphase möchte ich...

- wenn möglich zu Hause bzw. in meiner vertrauten Umgebung verbleiben
- wenn möglich die Betreuung durch ein Palliativteam (Palliativarzt, Palliativpflegekräfte etc.) erhalten
- wenn möglich die Begleitung durch eine(n) ehrenamtliche(n) Mitarbeiter/in eines ambulanten Hospizvereins erhalten
- wenn möglich in ein stationäres Hospiz verlegt werden
- wenn möglich in eine Pflegeeinrichtung verlegt werden
- wenn möglich seelsorgliche Begleitung erhalten
- wenn möglich das Sakrament der Krankensalbung empfangen
- wenn möglich von folgenden Personen begleitet werden:

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

5. Aufbewahrung

Das Original dieser Patientenverfügung befindet sich

bei mir, und zwar.....

bei.....

Kopien der Patientenverfügung befinden sich

bei.....

6. Aktualisierung dieser Patientenverfügung

Ich bestätige durch meine Unterschrift die weitere Gültigkeit meiner Patientenverfügung. Eine Überarbeitung ist unter Umständen sinnvoll, wenn sich die persönlichen Lebensumstände ändern.

	Ort	Datum	Unterschrift
1.
2.
3.

7. Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und mit der/dem/den nachfolgend bezeichneten Bevollmächtigten über ihre Inhalte gesprochen:

Name..... Name.....

Anschrift..... Anschrift.....

Telefon/E-Mail..... Telefon/E-Mail.....

Ich habe keine Vorsorgevollmacht sondern eine Betreuungsverfügung erstellt. Als Betreuer/-in wünsche ich mir:

Name.....

Anschrift.....

Telefon/E-Mail.....

Ich wünsche, dass ein vom Betreuungsgericht für mich bestellter Betreuer meinen Willen, wie er in der Patientenverfügung dargelegt ist, Geltung verschafft.

8. Schlussbemerkungen

Ich habe diese Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck gelesen, ausgefüllt und unterschrieben. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und mir sind die Inhalte und die Konsequenzen meiner Entscheidungen bewusst. Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs dieser Patientenverfügung bekannt.

Ich bitte diese Patientenverfügung zu den Krankenakten zu nehmen. Für den Fall der Unterbringung in einem Alten- oder Pflegeheim oder in einem Hospiz sollen meine Erklärungen vom Träger der Einrichtung beachtet und im Falle einer notwendigen Einweisung in ein Krankenhaus mitgegeben werden.

Bei der Erstellung dieser Patientenverfügung wurde ich unterstützt von (*Angaben nicht unbedingt erforderlich*):

.....

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

Diese Patientenverfügung wurde in Anlehnung an folgende Quellen erstellt: 1) Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.): Patientenverfügung, Berlin 2019; 2) Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand e. V (Hrsg.): Umfassende Vorsorgemappe mit Patientenverfügung, Bingen 2016; 3) Keuser, Anneliese: Schriftliche Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, Duisburg 2020; 4) Malteser (Hrsg.): Patientenverfügung, Köln 2016; 5) Putz, Sessel, Steldinger (Rechtsanwälte, Kanzlei für Medizinrecht – Hrsg.): Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht, München 2015.