

Patientenverfügung

Ich, _____, geboren am _____ in _____

wohnhaft in _____

treffe nachstehende Bestimmungen für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen verständlich zu äußern oder zu bilden.

Sterbeprozess

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde,

- | | |
|--|--|
| ☐ verlange ich die Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen, die den Todeseintritt lediglich verzögern und hierdurch ein Leiden unnötig verlängern würden. | ☐ verlange ich eine verminderte Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen. |
| ☐ verlange ich die Unterlassung von Wiederbelebungsmaßnahmen. | ☐ verlange ich lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen, auch wenn mein Leben hierdurch möglicherweise verkürzt wird. |
| ☐ untersage ich jegliche künstliche Ernährung (in jeder Form, u. a. durch Sonde, intravenös, durch Nase, Mund oder Bauchdecke). | |

Gehirnschädigung

Wenn in Folge einer direkten (z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Hirnabbauprozess) oder indirekten (z. B. nach Wiederbelebung, Schock, Sauerstoffmangel) Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier Ärzte mit mind. zehnjähriger Berufserfahrung, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, auch wenn der Tod noch nicht absehbar ist,

- | | |
|--|--|
| ☐ verlange ich die Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen, die den Todeseintritt lediglich verzögern und hierdurch ein Leiden unnötig verlängern würden. | ☐ verlange ich lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen, auch wenn mein Leben hierdurch möglicherweise verkürzt wird. |
|--|--|

- ☐
- verlange ich die Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen, die den Todeseintritt lediglich verzögern und hierdurch ein Leiden unnötig verlängern würden.

- ☐
- verlange ich die Unterlassung von Wiederbelebungsmaßnahmen.

- ☐
- untersage ich jegliche künstliche Ernährung (in jeder Form, u. a. durch Sonde, intravenös, durch Nase, Mund oder Bauchdecke).

- ☐
- verlange ich eine verminderte Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen.

Es ist mir bewusst, dass ich in solchen Situationen durchaus noch fähig sein könnte, Empfindungen zu spüren, und ich weiß auch, dass die Möglichkeit eines „Aufwachens“ zwar äußerst unwahrscheinlich, aber dennoch nicht ganz sicher auszuschließen ist.

Andere vergleichbare Situationen und Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden, auch wenn diese hier nicht ausdrücklich aufgeführt sind.

In allen übrigen Fällen erwarte ich jedoch ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten.

Sterbebegleitung

Ich wünsche eine **Begleitung** durch:

Name(n) der Person/des Pfarrers/Seelsorgers/Hospizes

Vorsorgevollmacht

Ich habe zusätzlich eine **Vorsorgevollmacht** erteilt für

Name, Anschrift, Telefon

mit der/dem ich den Inhalt dieser Patientenverfügung besprochen habe.

Selbstbestimmung

Diese Verfügung ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts; ich habe diese nach reiflicher Überlegung und in freiem Entschluss erstellt. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diese nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Es ist mir bewusst, dass ich diese Verfügung jederzeit widerrufen und ändern kann.

X

Ort, Datum, Unterschrift

Hiermit bestätige ich als Hausarzt/Vertrauensperson, dass Frau/Herr _____ nach meiner Überzeugung im vollen Besitz ihrer/seiner geistigen Kräfte ist. Sie/Er hat mit mir den Inhalt der vorstehenden Verfügung besprochen und erfasst nach meiner Auffassung deren Tragweite und Bedeutung im vollen Umfang.

Ort, Datum, ggf. Stempel, Unterschrift

Bestätigung

Dieser Patientenverfügung liegen bei:

- ☐ Organspendeausweis
☐ Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen

und sollen als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Anlagen