

PATIENTENVERFÜGUNG

Ich,

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Adresse	

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, das Folgende.

Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn

	Ich stimme zu = x
ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde	<input type="checkbox"/>
ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist	<input type="checkbox"/>
infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen/Ärzte (z. B. Ärztinnen/Ärzte meines Vertrauens) <input type="text"/> aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung, ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist. ¹	<input type="checkbox"/>
ich infolge eines 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 ²	<input type="checkbox"/>
Eigene Beschreibung der Anwendungssituation (Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.):	

Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.	<input type="checkbox"/>
oder	
dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderen belastenden Symptomen.	<input type="checkbox"/>

Schmerz- und Symptombehandlung³

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkung	<input type="checkbox"/>
oder	
wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch mit bewusstseinsdämpfender Wirkung zur Beschwerdelinderung	<input type="checkbox"/>
Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.	<input type="checkbox"/>

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr⁴

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt werden, wenn damit mein Leben verlängert werden kann	<input type="checkbox"/>
oder	
dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation ⁵ zur Beschwerdelinderung erfolgen	<input type="checkbox"/>
oder	
dass keine künstliche Ernährung, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge), und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen	<input type="checkbox"/>

Wiederbelebung⁶

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

dass Versuche der Wiederbelebung unternommen werden	<input type="checkbox"/>
oder	
dass Versuche der Wiederbelebung unterlassen werden	<input type="checkbox"/>
oder	
dass eine Notärztin / ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird	<input type="checkbox"/>

B. Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab	<input type="checkbox"/>
oder	
lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten	<input type="checkbox"/>

Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

dass ich künstlich beatmet werde, falls dies mein Leben verlängern kann	<input type="checkbox"/>
oder	
dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.	<input type="checkbox"/>

Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

dass eine künstliche Blutwäsche (Dialyse) durchgeführt wird, falls dies mein Leben verlängern kann	<input type="checkbox"/>
oder	
dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird	<input type="checkbox"/>

Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann	<input type="checkbox"/>
oder	
Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation ⁵ zur Beschwerdelinderung	<input type="checkbox"/>
oder	
keine Antibiotika	<input type="checkbox"/>

Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann	<input type="checkbox"/>
oder	
die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation ⁵ zur Beschwerdelinderung	<input type="checkbox"/>
oder	
keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen	<input type="checkbox"/>

Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden	<input type="checkbox"/>
oder	
wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben	<input type="checkbox"/>
oder	
wenn möglich in einem Hospiz sterben	<input type="checkbox"/>

Ich möchte

Beistand durch folgende Personen:	
Beistand durch eine Vertreterin / einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:	
hospizlichen Beistand	<input type="checkbox"/>

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) – z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.



Sollte eine Ärztin / ein Arzt / das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin / meinem Vertreter – z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) – erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.



In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

meiner/meinem Bevollmächtigten



meiner Betreuerin / meinem Betreuer



der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt



anderer Person:

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte / das Behandlungsteam / mein(e) Bevollmächtigte(r) / mein(e) Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

meiner/meinem Bevollmächtigten



meiner Betreuerin / meinem Betreuer



der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt



anderer Person:

Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Bevollmächtigte(r)

Name

Vorname

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin / des Betreuers erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen).

Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer

Name

Vorname

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich Folgendes beigelegt.

Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen



Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

Organspende

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.⁷ Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor



oder

gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor



Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.



Schlussformel

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.



Schlussbemerkungen

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.	<input type="checkbox"/>
Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.	<input type="checkbox"/>
Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.	<input type="checkbox"/>
Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.	<input type="checkbox"/>

Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei/durch

und beraten lassen durch

Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau _____ wurde von mir am _____

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.
Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der Ärztin / des Arztes

Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin / einen Notar bestätigt werden.

Aktualisierung

Diese Patientenverfügung gilt so lange, bis ich sie widerrufe.	<input type="checkbox"/>
oder	
Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von _____ ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.	<input type="checkbox"/>
Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend	
in vollem Umfang	<input type="checkbox"/>
mit folgenden Änderungen:	

- Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind in der Regel unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zur Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein eingeschränkt selbstbestimmtes Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.
- Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z. B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patientinnen oder Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.
- Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in äußerst seltenen Situationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine unbeabsichtigte geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sog. indirekte Sterbehilfe).
- Das Stillen von Hunger und Durst als subjektiven Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten. Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u. a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann (für Details siehe den Leitfaden „Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr“ des Bayerischen Sozialministeriums, erhältlich unter www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/palliativ/Dokumente/Bayern_Leitfaden_2008.pdf).
- Palliativmedizin ist die medizinische Fachrichtung, die sich primär um die Beschwerdelinderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen kümmert. Eine palliativmedizinische Indikation setzt daher immer das Ziel der Beschwerdelinderung und nicht das Ziel der Lebensverlängerung voraus.
- Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch das Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z. B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.
- Die Informationsbroschüren „Antworten und wichtige Fragen“ und „Wie ein zweites Leben“ informieren rund um das Thema Organ- und Gewebespende. Sie können ebenso wie der Organspendeausweis kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden. Per Post an: BZgA, 51101 Köln, per Fax an: 0221 8992257 und per E-Mail an: order@bzga.de. Unter der kostenlosen Rufnummer 0800 9040400 erreichen Sie das Infotelefon Organspende montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr. Das Team des Infotelefon beantwortet Ihre Fragen zur Organ- und Gewebespende und zur Transplantation.

Ort, Datum

Unterschrift