

Patientenverfügung

von:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum, -ort: _____

Straße, Hausnummer: _____

Wohnort: _____

Telefon, mobil: _____

Meine Verfügung

Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, berufe mich auf mein Selbstbestimmungsrecht und bestimme bindend gegenüber

- meiner bevollmächtigten Person
- einer möglichen Betreuungsperson
- den Ärzten und Ärztinnen
- sowie dem Vormundschaftsgericht Folgendes: *(Zutreffendes bitte ankreuzen!)*

a) Solange eine begründete Aussicht auf Erhaltung eines erträglichen Lebens besteht, erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen Möglichkeiten.

Ich erwarte und verlange im Einzelnen

- umfassend informiert zu sein und gefragt zu werden, wenn ich wach bin
- unbedingte Schmerzfreiheit, auch wenn dadurch als unvermeidbare Nebenfolge unbeabsichtigt Nebenwirkungen wie Bewusstseinstäubung erfolgt oder der Eintritt meines Todes beschleunigt wird
oder
- eine Schmerzbehandlung, die eine Bewusstseinstäubung sowie einen vorzeitigen Tod als Behandlungsfolge möglichst vermeidet
- Beruhigungsmittel/Schlafmittel, wenn ich erkennbar an der bestehenden Situation leide (Unruhe, Angstzustände, Schlaflosigkeit, Atemnot)
- Untersuchungen und die Fortführung der medizinischen Behandlung nur bei eindeutiger Verbesserungsmöglichkeit meines Zustandes
- eine angemessene pflegerische Versorgung (Körper-/Mundpflege, Lagerung etc.)
- Nach Möglichkeit möchte ich in meiner vertrauten Umgebung bleiben können oder aber in:

Ort/ Institution

Ergänzungen:

- b) Für Situationen, die für mich unerträglich sind, treffe ich nachfolgend konkrete Entscheidungen. Ich bitte, vom Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen abzusehen, die mich nur daran hindern, in Ruhe zu sterben. In dieser Situation bitte ich um Beistand von/durch

Religionsgemeinschaft/ Angehörige/ Betreuer/ Institution

- Mir ist bewusst, dass durch die nachfolgend genannten Wünsche die Zeit meines Lebens verkürzt wird und ich schneller versterben kann.
- (Alle hier angegebenen Punkte sollten durch einen persönlichen Kommentar ergänzt oder gegebenenfalls verändert und nach Möglichkeit mit Ihrer bevollmächtigten Person besprochen werden.)*

Ich wünsche

- keine** Verlegung ins Krankenhaus, falls möglich
- keine** dauerhafte künstliche Beatmung
(künstliche Beatmung erlaube ich nur zur kurzfristigen Überbrückung einer akuten Notlage, jedoch nicht als Dauermaßnahme!)
- keine** Maßnahmen zur Wiederbelebung (Reanimation)
- keine** Ernährungssonde durch die Nase (Magensonde)
- keine** Ernährungssonde durch die Bauchdecke (PEG)
- keine** Ernährung durch Infusion/Tropf (Parenterale Ernährung)
- keine** Blutübertragungen
- keine** Blutwäsche (Dialyse)
- keine** herz- und kreislaufunterstützenden Medikamente und Antibiotika
- keine** Chemotherapie (Medikamente gegen das Krebswachstum)
- keine** Behandlung zusätzlich auftretender Erkrankungen/Komplikationen
- keine** Organentnahme nach erfolgtem Hirntod

Wurde in Unkenntnis meiner Patientenverfügung eine medizinische Behandlung begonnen mit Maßnahmen, die ich ausgeschlossen habe, so soll diese Behandlung beendet werden.

In diesem Fall wünsche ich eine lindernde Begleitung des Krankheitsverlaufs, welche die Symptome meiner Erkrankung für mich erträglich macht.

In einer akuten Situation darf eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens nicht unterstellt werden. Eine Willensänderung darf nur angenommen werden, wenn ich durch konkrete Äußerungen oder Handlungen diese Willensänderung äußere und ich dabei urteils- und einwilligungsfähig bin.

Anmerkungen:

Ich unterschreibe diese Verfügung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird. Diese Verfügung soll nicht durch meinen Tod erlöschen. Mir ist die Möglichkeit der Änderung oder des Widerrufs meiner Patientenverfügung bekannt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die voranstehende Verfügung nur insoweit, wie ich sie ausgefüllt habe.

Ort, Datum

Unterschrift