



## Patientenverfügung

Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt

Vorname / Name

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Wohnort, Straße:

Falls ich in einen Zustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit **unwiderruflich** verloren habe, will ich, dass man auf Maßnahmen verzichtet, die nur noch eine Sterbens- und Leidensverlängerung bedeuten würden.

Wenn keine Heilung zu erwarten ist und die Krankheit zum Tode führen wird, oder für den Fall eines dauerhaften Komas oder Wachkomas, verfüge ich, unbedingt folgendes zu beachten:

*Ich will:*

- **keine** Wiederbelebung \*1
- **keine** künstliche Beatmung \*2
- **keinen** Anschluss an eine künstliche Niere \*3
- **keine** Bluttransfusion \*4

*Bei \*1, \*2, \*3, \*4 gilt, sollte dieses bereits begonnen sein, soll diese lebenserhaltende Maßnahme abgebrochen werden*

- **keine** Flüssigkeitszufuhr von mehr als einem halben Liter am Tag, nur Mundpflege
- **keine** künstliche Ernährung durch eine Magensonde, Magenfistel oder intravenöse Nahrungszufuhr als Dauermaßnahme
- **keine** Antibiotikagabe bei fieberhaften Begleitinfekten
- **keine** intravenöse Nahrungszufuhr als Dauermaßnahme

*Dies gilt:*

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

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 äußerst unwahrscheinlich ist. Beide Möglichkeiten ändern nichts an meinen hier niedergelegten Entscheidungen.

Auf jeden Fall erwarte ich aber, dass eine ausreichende Schmerzbehandlung vorgenommen wird, auch wenn sich mein Leben dadurch verkürzen sollte. Gleiches gilt für Bekämpfung von Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und andere Krankheitserscheinungen.

**Mein Leben soll sich in Stille und Würde vollenden.**

**Orte der Behandlung:**

*Ich möchte:*

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.
- wenn möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- wenn möglich, in einem Hospiz sterben.

**Ich wünsche eine Begleitung / Beistand:**

- durch Hospizdienst
- durch Seelsorge
- durch Vertreter/in der Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft
- Sofern in dieser Patientenverfügung oder in einer Anlage Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.
- Vor einer entsprechenden Entscheidung über das weitere Vorgehen verlange ich, dass die verantwortlichen Ärzte mit den Personen und dem Arzt meines Vertrauens Rücksprache nehmen, um ihnen die Vermittlung des mutmaßlichen Willens zu erleichtern. Die verantwortlichen Ärzte sind ihnen gegenüber von der Schweigepflicht entbunden.
- Folgende Personen bestätigen mit Unterschrift, dass sie von meiner Patientenverfügung Kenntnis genommen haben, und ich diese Erklärung nach sorgfältiger Überlegung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und unabhängig von Einflüssen Dritter unterschrieben habe.

(Name, Adresse, Geb. Datum, Tel. der Person meines Vertrauens)	(Datum, Unterschrift Vertrauensperson)
(Name, Adresse, Geb. Datum, Tel. der Person meines Vertrauens)	(Datum, Unterschrift Vertrauensperson)
(Name, Adresse, Geb. Datum, Tel. der Person meines Vertrauens)	(Datum, Unterschrift Vertrauensperson)

Die Personen meines Vertrauens sind durch mich verpflichtet, Entscheidungen entsprechend meiner Patientenverfügung gegenüber den behandelnden Ärzten zu vertreten. Falls die Genannten die Aufgaben nicht übernehmen (können), sollen sie aus dem Verwandten- oder Freundeskreis einen Ersatz benennen. Alle hauptberuflichen Betreuer lehne ich grundsätzlich ab.

\_\_\_\_\_  
(Ersatz) (Name, Adresse, Geb. Datum, Telefonnr.)

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift)

**Einwilligung des Patienten**

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte. Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und den Inhalt der Patientenverfügung mit nachfolgend genannten Bevollmächtigten besprochen. Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe. Ich bitte die behandelnden Ärzte, diese Patientenverfügung als Ausdruck einer wohlüberlegten, generellen Entscheidung zu werten.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit durch den Arzt**

Herr / Frau \_\_\_\_\_ wurde von mir am \_\_\_\_\_ bzgl. der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt. Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt

**Erneuerung der Patientenverfügung**

Datum	Ort	Unterschrift