

Dokument zur Vorsorge über die eigene Gesundheit

PATIENTENVERFÜGUNG (nach § 1827 BGB)

Sie können dieses Formular direkt verwenden, aber auch abschreiben, nach persönlichen Vorstellungen ändern oder als Leitfaden für eine selbst verfasste Patientenverfügung verwenden. Je persönlicher und aktueller die Verfügung und je besser sie auf Ihre Situation abgestimmt ist, umso verbindlicher wird sie für den behandelnden Arzt/ die behandelnde Ärztin.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnanschrift:

I. Hintergrund dieser Verfügung:

AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND/HINTERGRUND DIESER VERFÜGUNG (Warum verfasse ich diese Verfügung? Wer bin ich?)

II. Verfügung über konkrete Behandlungsmaßnahmen

Patientenverfügung

Behandlungsentscheidung gem. § 1827 Absatz 1 BGB

Sollte ich selbst nicht mehr in der Lage sein, in eine medizinisch notwendige Maßnahme einzuwilligen, verfüge ich für die nachfolgend genannten Situationen schon heute meinen Willen. Dieser Wille gilt, bis er von mir widerrufen wird. Er steht meiner ausdrücklichen Einwilligung bzw. Nichteinwilligung gleich und ist von allen Beteiligten zu beachten.

Ich verfüge meinen Willen für den Fall, dass

ich mich in dem letzten Stadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht abzusehen und möglicherweise noch Tage, Wochen oder Monate entfernt ist.

meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit Menschen Kontakt aufzunehmen unwiederbringlich erloschen oder massiv eingeschränkt sind, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Eine solche massive Einschränkung meiner geistigen Fähigkeiten wäre für mich zum Beispiel, wenn ich nahestehende Angehörige, Freunde oder Personen, die mich pflegen, nicht mehr erkenne. Dies gilt sowohl für den Fall, dass mein Zustand durch eine direkte Gehirnschädigung (z.B. Trauma, Schlaganfall, Hirnblutung, Hirntumor, Demenzerkrankung oder andere neurologisch-degenerative Krankheiten) hervorgerufen wurde als auch für den Fall, dass eine indirekte Gehirnschädigung nach Wiederbelebungsmaßnahmen, Narkosen oder Multiorganversagen die Ursache ist. Mir ist bekannt, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber höchst unwahrscheinlich, ist.

ich aufgrund einer fortgeschrittenen irreversiblen Erkrankung (Alzheimer-Demenz, andere Demenzformen, schwerer Schlaganfall oder in ihren Auswirkungen vergleichbaren Krankheiten) trotz ausreichender Hilfestellung nicht mehr fähig bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. Dies bedeutet für mich, dass ich nicht mehr auf übliche Weise (Löffel, Schnabeltasse) ernährt („gefüttert“) werden kann, weil ich nicht mehr in der Lage bin, an der Nahrungsreichung bewusst oder unbewusst mitzuwirken (den Mund zu öffnen, zu schlucken) oder weil ich die Bemühungen meiner Pflegepersonen, mir Nahrung oder Flüssigkeit zu reichen („füttern“), abwehre.

ab Eintritt eines Komas oder Wachkomas mindestens 6 Monate ohne erkennbare und alltagsrelevante Besserung meines Zustandes vergangen sind.

Krankheiten, die oben nicht ausdrücklich benannt werden, in ihrer Natur und oder ihren Auswirkungen aber vergleichbar sind, sollen sinngemäß behandelt werden.

Liegt eine der oben genannten Situationen vor und bin ich nicht mehr in der Lage, selbst einzuwilligen, so ist dies mein VORAUSVERFÜGTER WILLE:

- Im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes möchte ich nicht wiederbelebt werden.
- Bei unzureichender eigener Spontanatmung möchte ich nicht künstlich beatmet werden.
- Wenn ich nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürlichem Weg zu mir zu nehmen oder mich füttern zu lassen, möchte ich nicht über eine nasogastrale oder eine PEG-Sonde versorgt werden.
- Wenn eine solche künstliche Ernährung über Sonde schon begonnen worden sein sollte, aber 3 Monate ohne Besserungstendenz vergangen sind und keine begründete Aussicht besteht, künftig wieder selbst bedarfsdeckend essen und trinken zu können, möchte ich,
 - dass die künstliche Ernährung über die Sonde abgebrochen und durch die alleinige Verabreichung von Wasser / Tee ersetzt wird,
 - dass die künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe über die Sonde abgebrochen wird, aber eine sorgfältige Mundpflege nach den Grundsätzen der Palliativmedizin erfolgt.
- Beim Ausfall meiner Nierenfunktion möchte ich nicht mittels Nierenersatztherapie (Dialyse) behandelt werden.
- Bei Begleitinfektionen möchte ich keine Antibiotikagabe. Ist eine solche Therapie bereits begonnen worden, verlange ich deren Abbruch.
- Im Falle von Herzrhythmusstörungen möchte ich keinen Herzschrittmacher. Sollte ein solcher bereits implantiert sein, verfüge ich, dass die Defibrillator-Schockfunktion ausgeschaltet wird, damit mein Sterben nicht durch Elektroschocks verzögert oder gestört wird.
- In der Terminalphase einer der oben genannten Erkrankung möchte ich (z.B. bei einer Lungenentzündung, einer Exsikkose oder ähnlicher Störungen) nicht mehr in ein Krankenhaus eingeliefert werden, es sei denn die Linderung von Schmerzen (Symptomkontrolle) ist ambulant nicht mehr möglich. Gemäß den Prinzipien von „palliative care“ möchte ich soweit es möglich ist, an dem Ort, an dem ich bis dahin gepflegt worden bin (also in meinem Zuhause oder meinem Pflegeheim) verbleiben und auch dort sterben, falls erforderlich mit der Unterstützung durch ein Team der speziellen ambulanten Palliativversorgung (SAPV).

Medizinische Maßnahmen, die hier nicht explizit aufgeführt sind, aber in den oben beschriebenen Behandlungssituationen auch in Frage kommen könnten, lehne ich sinngemäß ebenfalls ab, wenn sie ohne Aussicht auf Verbesserung meiner Lebensqualität nur einer Aufrechterhaltung der Körperfunktionen und damit Verlängerung eines von mir nicht mehr gewollten Lebens dienen. Ich wünsche jedoch stets eine palliativmedizinische Basisversorgung. Darunter verstehe ich lindernde und pflegerische Maßnahmen,

insbesondere Mundpflege zur Vermeidung von Durstgefühl und eine wirksame Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Unruhe, Angst und anderen belastenden Symptomen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Speziell für eine bei mir bestehende Erkrankung treffe ich folgende ZUSÄTZLICHE VERFÜGUNGEN:

(Optional, falls Sie zusätzliche Verfügungen treffen wollen.)

IV. Für den Fall der Organ- und Gewebespende treffe ich folgende Ausnahmeregelung:

Ich habe neben dieser Verfügung einen Organspendeausweis, in dem ich die Entnahme bestimmter Organe und/ oder Gewebe nach meinem Tod erlaube.

- Ja.** Daher gestatte ich in Ausnahme zu den oben getroffenen Verfügungen, dass für die kurze Zeit bis zur Organ- oder Gewebeentnahme die dafür notwendigen intensivmedizinischen Maßnahmen (zum Beispiel Beatmung, Kreislaufunterstützung) durchgeführt werden dürfen. Dies gilt auch für die Situation, dass der Hirntod noch nicht eingetreten, aber absehbar ist und die Zeit bis zum Eintritt intensivmedizinisch überbrückt werden muss.
- Nein,** ich habe keinen Organspendeausweis.

V. Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und Ärztinnen und nichtärztliches Personal gegenüber meinen Vorsorgebevollmächtigten und gegenüber meinen Vertrauenspersonen von der Schweigepflicht.

Meine Vertrauenspersonen sind:

Name	Kontaktmöglichkeit (Anschrift/ Telefonnummer)

Meinen **Vertrauenspersonen** soll bei der Festlegung meines Willens Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist (§ 1828 Absatz 2 BGB).

Meine Vertrauenspersonen sind ausdrücklich nicht zu einer Entscheidung bevollmächtigt. Sie sollen angehört werden, wenn diese Verfügung keine Behandlungswünsche vorgibt und ihre Erinnerungen an mich und mein Leben dabei helfen können, meinen mutmaßlichen Willen festzustellen.

Maßstab für die Entscheidung über meinen mutmaßlichen Willen sollen meine oben unter Punkt I. beschriebenen Wertvorstellungen und Gedanken sein.

VI. Abschließende Bemerkungen

Diese Verfügung habe ich im Vollbesitz meiner geistigen Fähigkeiten und nicht unter dem Drängen Dritter erstellt und unterschrieben.

Die aktuelle Verfügung gilt, bis ich sie widerrufe. Ich wünsche nicht, dass mir zu einem späteren Zeitpunkt eigener Einwilligungsunfähigkeit (beispielsweise einem weit fortgeschrittenen Stadium einer Demenzerkrankung) eine Änderung meines Willens unterstellt wird.

Ort und Datum, eigenhändige Unterschrift

Ich habe in einem ausführlichen Gespräch mit meinem Arzt/meiner Ärztin,

Herrn/ Frau

über die medizinischen Hintergründe dieser Verfügung gesprochen und entbinde diese(n) diesbezüglich von der Schweigepflicht.

Aktualisierungen (wird ca. alle 2 Jahre empfohlen, ist aber nicht Voraussetzung für die Gültigkeit)

Um die Glaubwürdigkeit und Verbindlichkeit meiner Patientenverfügung zu erhöhen und dies gegenüber meinen behandelnden Ärztinnen und Ärzten zum Ausdruck zu bringen, bekunde ich hiermit, dass die vorliegende Verfügung weiterhin meinem Willen entspricht.

.....
Ort und Datum, Unterschrift

Optional:

MEINE GEDANKEN UND WÜNSCHE für den letzten Abschnitt meines Lebens - Religiöse oder spirituelle Überzeugungen. Was ist für mich Lebensqualität? Was mir im Leben immer wichtig gewesen ist (z.B. „Ich habe in meinem Leben immer Sport gemacht und Bewegung ist für mich sehr wichtig“ oder „Ich liebe es zu kochen und Genuss bedeutet für mich Lebensqualität.“ oder „Essen hatte nie eine große Bedeutung für mich, aber soziale Kontakte und Kommunikation sind mir wichtig.“)