

Muster einer Patientenverfügung

„Patientenverfügung

Ich, Name und Vorname, geb. am, in wohnhaft in Postleitzahl, Ort, Straße und Hausnummer, bestimme Folgendes für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, weil ich im Endstadium einer unheilbaren und tödlich verlaufenden Krankheit bin (selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist) oder falls ich infolge einer Gehirnschädigung meine Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit sowie die Fähigkeit, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte höchstwahrscheinlich unwiederbringlich verloren habe (z. B. durch direkte Gehirnschädigung oder durch indirekte Gehirnschädigung oder durch einen weit fortgeschrittenen Hirnabbau-Prozess):

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, 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 anderer belastender Symptome.

Schmerz- und Symptom-Behandlung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptom-Kontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Künstliche Ernährung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge), erfolgt.

Künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

Wiederbelebung

Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen des Kreislaufstillstands oder Atemversagens lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, 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 durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird.

Antibiotika - Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen oder von Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.

Meine Vertreter

Ich bestimme folgende Personen zu meinen Vertretern:

Meinen Ehepartner: Herr/Frau, geb. am

Meine Kinder:

Meinen Lebenspartner, meine Freundin, meinen Freund

Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben. Ich sollte - falls ich im Krankenhaus bin - wenn irgend möglich nach Hause gebracht werden.

Organspende: Ich erlaube eine Organspende nach meinem Tod oder ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod ab.

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem gesamten Behandlungsteam befolgt werden. Meine oben genannten Vertreter sind jeweils einzeln zur Vertretung befugt. Sie sollen dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird. Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder 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. Ich wünsche nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird.

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung. 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 und habe diese in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

Information und Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei:
Arzt, Anschrift, Telefon

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

Ort, den

Unterschrift und Stempel des Arztes

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe. Um meinen in der Patientenverfügung
niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

Ort, den

Unterschrift