



PATIENTENVERFÜGUNG

Mit dieser Verfügung bringe ich,

Name

Geburtsdatum

Anschrift

meinen Willen zum Ausdruck für den Fall, dass ich in einen Lebenszustand gerate, in dem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiderruflich verloren habe und nicht mehr in der Lage sein sollte, meine Wünsche bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person zu äußern.

Bei allen folgenden Fallgestaltungen ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann. Mir ist auch bewusst, dass ein Aufwachen aus dem Zustand der Bewusstlosigkeit nicht ganz auszuschließen ist.

1. Wenn

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar in einem unmittelbaren Sterbeprozess befinde. ja nein
- ich in einen Zustand dauernder Bewusstlosigkeit durch schwere Dauerschädigung meiner Gehirnfunktionen gerate. ja nein
- es zu einem nicht behandelbaren, dauernden Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt. ja nein
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde. ja nein
- infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist wie z. B. bei einer direkten Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie bei einer indirekten Gehirnschädigung wie z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Die Einschätzung soll durch zwei erfahrene Ärzte erfolgen. ja nein
- 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. ja nein

-

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation (Anmerkung: Beschreiben Sie nur Situationen, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen).

In den unter Punkt 1. beschriebenen Situationen wünsche ich,

■ dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern. ja nein

■ dass ich auch fremde Gewebe und Organe erhalte, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte. ja nein

ODER

■ dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen dabei auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. ja nein

■ dass eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung erfolgt, aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombekämpfung verwandt werden. ja nein

■ dass eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung erfolgt. Wenn aber alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, bin ich auch mit bewusstseinsdämpfenden Mitteln zur Beschwerdelinderung einverstanden. ja nein

■ dass keine künstliche Ernährung und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen. Dies gilt unabhängig von der Form der Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge). ja nein

■ dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. ja nein

■ die Unterlassung von Wiederbelebensmaßnahmen. ja nein

■ sonstiger Behandlungswunsch:

2. Ich stimme

■ einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. ja nein

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. ja nein

■ gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor. ja nein

■ sollen die Angaben in meinem Organspendeausweis gelten. ja nein

■ lehne ich eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab. ja nein

3. Ich möchte

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

4. Ich möchte, dass mir folgende Personen beim Sterben beistehen (Verwandte, Freunde, Geistliche)

Name/Adresse

Name/Adresse

Name/Adresse

5. Vertrauensperson

Ich erwarte, dass die Ärzte und das Behandlungsteam den in meiner Patientenverfügung geäußerten Willen zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen befolgen. Meine Vertrauensperson soll dafür sorgen, dass mein Wille durchgesetzt wird. Ich wünsche mir, dass die behandelnden Ärzte bei der erforderlichen medizinischen Behandlung meine Vertrauensperson zur Beratung hinzuziehen. Dieser gegenüber entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht.

Vertrauensperson

<div style="background-color: #e6f2ff; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Name (Vollmachtnehmer)</p>	<div style="background-color: #e6f2ff; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Vorname</p>
<div style="background-color: #e6f2ff; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Anschrift</p>	
<div style="background-color: #e6f2ff; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Telefon</p>	<div style="background-color: #e6f2ff; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Telefax/E-Mail</p>
<div style="background-color: #e6f2ff; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Name (Vollmachtnehmer)</p>	<div style="background-color: #e6f2ff; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Vorname</p>
<div style="background-color: #e6f2ff; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Anschrift</p>	
<div style="background-color: #e6f2ff; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Telefon</p>	<div style="background-color: #e6f2ff; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Telefax/E-Mail</p>

6. Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Ich wünsche nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Es sei denn, ich widerrufe die Verfügung ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich).

Diese Verfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst. Ich weiß, dass ich diese Verfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

<div style="background-color: #e6f2ff; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Ort</p>	<div style="background-color: #e6f2ff; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Datum</p>	<div style="background-color: #e6f2ff; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Unterschrift</p>
---	---	--