**Patientenverfügung**

Ich,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname

geboren am\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

wohnhaft in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

errichte hiermit eine Patientenverfügung.

1. **Persönliche Anmerkungen zu meinen Erfahrungen und Befürchtungen hinsichtlich Krankheit, Leid und Lebensende**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Bestimmung des Anwendungszeitpunktes**

Ich treffe die nachfolgenden Bestimmungen für folgenden Fall:

[ ]  Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

[ ]  Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

[ ]  Wenn ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigungen z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündungen oder fortgeschrittene Hirnabbauprozesse ebenso wie für indirekte Gehirnschädigungen, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. 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 unwahrscheinlich ist.

[ ]  Wenn 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.

[ ]  Wenn ab Eintritt eines Komas oder Wachkomas mehr als ……. Monate ohne nachweisbare Besserung meines Zustandes vergangen sind.

[ ]  Eigene Beschreibung für Anwendungssituationen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Einzelne Verfügungen zu den medizinischen Maßnahmen**

In allen oben beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden. Die medizinische Behandlung soll sich auf die Linderung von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome beschränken.  | oder [ ]  dass alles medizinisch Notwendige getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.  |
| [ ]  eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, aber keine Bewusstseinsdämpfenden Mittel, die mich in einen Zustand dauerhafter Bewusstlosigkeit versetzen. | oder [ ]  bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung, wenn alle sonstigen medizinischen Möglich- keiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf. |
| [ ]  dass Hunger und Durst auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich möchte keine künstliche Ernährung. | oder [ ]  dass eine künstliche Ernährung begonnen und weitergeführt wird, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Wege auch mit Unterstützung nicht mehr möglich ist. |
| [ ]  die Unterlassung einer anhaltenden künstlichen Flüssigkeitszufuhr. | oder [ ]  eine künstliche Flüssigkeitszufuhr, wenn die Flüssigkeitsaufnahme auf natürlichem Wege nicht mehr möglich ist. |
| [ ]  die Reduzierung künstlicher Flüssig- keitszufuhr nach ärztlichem Ermessen. |  |
| [ ]  keine Wiederbelebungsmaßnahmen. | oder [ ]  in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung. |
| [ ]  dass der Notarzt nicht verständigt wird bzw. dass ein herbeigerufener Notarzt unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelegungsmaßnahmen informiert wird. |  |
| [ ]  keine künstliche Beatmung, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseins-dämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf. | oder [ ]  eine künstliche Beatmung, falls diese mein Leben verlängert. |
| [ ]  keine Gabe von Antibiotika, es sei denn, sie dienen nur der Linderung meiner Beschwerden. | oder [ ]  die Gabe von Antibiotika. |
| [ ]  keine Bluttransfusion. | oder [ ]  eine Bluttransfusion oder Dialyse (Blutwäsche), falls dies mein Leben verlängert. |
| [ ]  dass keine Dialyse (Blutwäsche) durchgeführt wird bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird. |  |
| 1. **Organspende**
 |  |
| **[ ]** Ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden. | oder [ ]  Ich gestatte keine Organ- oder Gewebeentnahme. |
| [ ]  Ich besitze einen persönlichen Organspenderausweis. |  |

Persönliche Ergänzungen zu gewollten oder abgelehnten Maßnahmen (z. B. zur weiteren Behandlung schon bestehender Erkrankungen, Gabe von Medikamenten, etc.):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Aufenthaltsort und persönlicher Beistand**

Ich möchte

[ ]  wenn irgend möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

[ ]  in einer Pflegeeinrichtung versorgt werden.

[ ]  zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

[ ]  wenn möglich, in einem Hospiz sterben.

Ich wünsche

[ ]  Beistand durch folgende Person/en:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  hospizlichen Beistand.

**6. Durchsetzung des hier niedergelegten Willens durch eine bevollmächtigte Person**

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Ich wünsche, dass eine von mir bevollmächtigte Person für dessen Durchsetzung Sorge trägt.

[ ]  Ich habe deshalb im Anschluss an diese Verfügung eine Vollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

[ ]  Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt. Die darin mit der Gesundheitssorge betraute Person soll mich auch im Hinblick auf die Patientenver-fügung vertreten. Den Inhalt dieser Patientenverfügung habe ich mit der von mir bevoll-mächtigten Person besprochen.

[ ]  Ich habe anstelle einer Vorsorgevollmacht eine Betreuungsverfügung zur Auswahl eines Betreuers erstellt. Dieser soll auch für die Durchsetzung der Patientenverfügung sorgen.

 Gewünschte/r Betreuer/in:

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Adresse

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Telefon

[ ]  Ich habe keine Betreuungsverfügung / Vollmachten erteilt.

**7. Abschließende Erklärung zur Verbindlichkeit**

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Ent-scheidungen bin ich mir bewusst.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln. Dazu soll diese Verfügung maßgeblich sein.

Mir ist bekannt, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

Ich wünsche, dass mir in keiner Situation eine mutmaßliche Änderung meines hier bekundeten Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht schriftlich, nachweislich mündlich oder durch andere Äußerungen (Gesten, Blicke) eindeutig widerrufen habe.

Sollte ich an einer schleichend verlaufenden Gehirnabbauerkrankung (Demenz, Alzheimer’sche Erkrankung oder vergleichbare Erkrankung) leiden und in diesem Zustand diese Patientenverfügung befragt oder unbefragt widerrufen, so verlange ich durch eine Fachärztin / einen Facharzt der Neurologie /Psychiatrie gutachterlich feststellen zu lassen, dass ich aller Wahrscheinlichkeit die für diesen Widerruf notwendige Einsichtsfähigkeit noch besitze.

Kann dies nicht mit aller Sicherheit festgestellt werden, so will ich, dass meine Patienten-verfügung in ihren Aussagen nicht angezweifelt wird.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ort, Datum** **Unterschrift des Verfügenden**

|  |
| --- |
| Meine gesamten vorgenannten Erklärungen erneuere ich mit meiner heutigen Unterschrift: |
|  |
|       |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |
|       |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |
|       |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |
|       |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |
|       |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |
|       |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |