Ich

|  |
| --- |
| **Vorname Name – ggfs. Geburtsname** |
|  |
| **Geburtsdatum** | **Geburtsort / Geburtsland** |
|  |  |
| **Straße - Hausnummer** | **PLZ - Ort** |
|  |  |
| **Telefon / Mobil / Telefax** | **E-Mail-Adresse** |
|  |  |

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **Exemplarische Situation, für die die Verfügung gelten soll** |

Wenn

► ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

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

► infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung 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. [[1]](#footnote-1)

► ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, z.B. bei Demenzerkrankung, auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung oder Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.[[2]](#footnote-2)

► Eigene Beschreibung der Anwendungssituation (Es sollen nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.)

|  |  |
| --- | --- |
| **2** | **Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen** |
| **2.1** | **Lebenserhaltende Maßnahmen** |

In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich,

► dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.

► 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 anderen belastenden Symptome.

|  |  |
| --- | --- |
| **2.2** | **Schmerz- und Symptombehandlung[[3]](#footnote-3)** |

In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

► aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.

► wenn alle medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.

► Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

|  |  |
| --- | --- |
| **2.3** | **Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr[[4]](#footnote-4)** |

In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich,

► das eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

► dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation[[5]](#footnote-5) zur Beschwerdelinderung erfolgen.

► dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung, z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge, und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

|  |  |
| --- | --- |
| **2.4** | **Wiederbelebung[[6]](#footnote-6)** |

**A)** In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich

► Versuche der Wiederbelebung.

► die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.

► , dass eine Notärztin oder Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

**B)** Nicht nur in den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

► lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

► lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situation nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen, z.B. Operation, unerwartet eintreten.

|  |  |
| --- | --- |
| **2.5** | **Künstliche Beatmung** |

In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich

► eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

► , dass keine künstliche Beatmung erfolgt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

|  |  |
| --- | --- |
| **2.6** | **Dialyse** |

In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich

► eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

► , dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

|  |  |
| --- | --- |
| **2.7** | **Antibiotika** |

In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich

► Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

► Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation[[7]](#footnote-7) zur Beschwerdelinderung.

► keine Antibiotika.

|  |  |
| --- | --- |
| **2.8** | **Blut und Blutbestandteile** |

In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich

► die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

► die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation[[8]](#footnote-8) zur Beschwerdelinderung.

► keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

|  |  |
| --- | --- |
| **3** | **Ort 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.

|  |  |
| --- | --- |
| **4** | **Beistand** |

Ich möchte

► Beistand durch folgende Person:
 *(Vorname, Name, Anschrift)*

► Beistand durch eine Vertreterin oder Vertreter folgende Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:
 *(Vorname, Name, Institution, Anschrift)*

► hospizlichen Beistand.

|  |  |
| --- | --- |
| **5** | **Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht** |

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgende(n)r Person(en):

► *(Vorname, Name, Anschrift)*

► Siehe Vorsorge-Vollmacht

|  |  |
| --- | --- |
| **6** | **Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung** |

► Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in), z.B. Bevollmächtigte(r) / Betreuer(in), soll 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. Von meiner Vertreterin/meinem Vertreter, z.B. Bevollmächtigte(r) / Betreuer(in), erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

► In Leben- und Behandlungssituationen, die in dieser Verfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst in Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein.

Bei unterschiedlichen Meinungen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

- meiner / meinem Bevollmächtigten

- meiner Betreuerin / meinem Betreuer

- der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt

- Andere Person:
 *(Vorname, Name, Anschrift)*

► Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird.
Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte / das Behandlungsteam / mein(e) Bevollmächtigte(r) / mein(e) Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicken oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

- meiner / meinem Bevollmächtigten

- meiner Betreuerin / meinem Betreuer

- der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt

- Andere Person:
 *(Vorname, Name, Anschrift)*

|  |  |
| --- | --- |
| **7** | **Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen** |

► Ich habe keine weiteren Vorsorgeverfügungen erteilt.

► Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen). Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer:

*- Name :*

*- Anschrift :*

*- Telefon :*

*- E-Mail :*

► Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorge-Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

Bevollmächtigte(r):

*- Name:*

*- Anschrift:*

*- Telefon:*

*- E-Mail:*

|  |  |
| --- | --- |
| **8** | **Hinweise auf beigefügte Erläuterungen zur Patientenverfügung** |

► Ich habe meiner Patientenverfügung keine Hinweise oder Erläuterungen beigefügt.

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt bzw. nachfolgend beschriebenen:

► Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen:

Ein bewusstes Leben war mir immer wichtig, deshalb möchte ich keine lebensverlängernden Maßnahmen, wenn mein Bewusstsein nach aller Wahrscheinlichkeit und nach Einschätzung erfahrener Ärzte unwiederbringlich erloschen sein sollte und ich keinen Kontakt mehr zu meiner Umwelt und meinen Mitmenschen aufnehmen kann.

► Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte und meinem Bevollmächtigten vorliegen bzw. bekannt sind:

- Testament

- Vorsorge-Vollmacht

- Konto- und Depotvollmacht

|  |  |
| --- | --- |
| **9** | **Organspende** |

► Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

► Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu[[9]](#footnote-9). Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt. 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.

- gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

|  |  |
| --- | --- |
| **10** | **Schlussformel** |

► Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

|  |  |
| --- | --- |
| **11** | **Schlussbemerkungen** |

► 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.

|  |  |
| --- | --- |
| **12** | **Information und Beratung** |

► Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert beim:

- Seniorenbüro der Stadt Beverungen – Weserstraße 16 – 37688 Beverungen

► Ich wurde beraten von:

- Dr. med. Hans-Henning Kubusch

|  |  |
| --- | --- |
| **13** | **Ärztliche Aufklärung und Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit** |

► Die/Der oben namentlich genannte Verfügende wurde von mir am TT.MM.JJJJ bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

► Sie/Er war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ort, Datum** | **Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Dr. med. H.H. Kubusch)** |
| Beverungen, den  |  |

► Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einem Notar bestätigt werden.

|  |  |
| --- | --- |
| **14** | **Aktualisierung** |

► Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich Sie widerrufe.

► Die Patientenverfügung soll nach Ablauf von (Zeitangabe) ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, es sei denn, dass ich Sie durch meine Unterschrift erneut bestätige.

► Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehen

- in vollem Umfang.

- mit folgenden Änderungen:

|  |  |
| --- | --- |
| **15** | **Schlusszeichnung** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ort, Datum** | **Unterschrift der/des Verfügenden** |
| Beverungen, den  |  |

1. Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind in der Regel unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen, Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In selten Fällen können sich auch bei Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein eingeschränkt selbständiges Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich. [↑](#footnote-ref-1)
2. Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weitfortgeschrittenen Hirnabbauprozesses wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen, z.B. Alzheimer'sche Erkrankung, eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patientinnen oder Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen. [↑](#footnote-ref-2)
3. Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in äußerst seltenen Situationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine unbeabsichtigte geringe Lebensverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sogenannte indirekte Sterbehilfe). [↑](#footnote-ref-3)
4. Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten. Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u.a. zu Atemnotständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann (für Details siehe den Leitfaden „Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr“ des Bayerischen Sozialministeriums, erhältlich unter www.beverunger-seniorennetz.de/beratung-gesundheit/patientenverfuegung-vorsorgevollmacht.html). [↑](#footnote-ref-4)
5. Palliativmedizin ist die medizinische Fachrichtung, die sich primär um die Beschwerdelinderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen kümmert. Eine palliativmedizinische Indikation setzt daher immer das Ziel der Beschwerdelinderung und nicht das Ziel der Lebensverlängerung voraus. [↑](#footnote-ref-5)
6. Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen, z.B. Operation, zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen. [↑](#footnote-ref-6)
7. Palliativmedizin ist die medizinische Fachrichtung, die sich primär um die Beschwerdelinderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen kümmert. Eine palliativmedizinische Indikation setzt daher immer das Ziel der Beschwerdelinderung und nicht das Ziel der Lebensverlängerung voraus. [↑](#footnote-ref-7)
8. Palliativmedizin ist die medizinische Fachrichtung, die sich primär um die Beschwerdelinderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen kümmert. Eine palliativmedizinische Indikation setzt daher immer das Ziel der Beschwerdelinderung und nicht das Ziel der Lebensverlängerung voraus. [↑](#footnote-ref-8)
9. Die Infomaterialien „Antworten auf wichtige Fragen“ und „Wie ein zweites Leben“ informieren rund um das Thema Organ- und Gewebespende. Sie können ebenso wie der Organspendeausweis kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden. Per Post unter: BZgA, 51101 Bonn, per Fax unter: (02 21) 899 22 57 und per E-Mail unter: order@bzag.de. Unter der kostenlosen Rufnummer (0800) 90 40 400 erreichen Sie das Infotelefon Organspende montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr. Das Team des Infotelefons beantwortet Ihrer Fragen zur Organ- und Gewebespende und zur Transplantation. Die oben genannten Infomaterialien finden Sie auch auf unserer Internetseite www.beverunger-seniorennetz.de/beratung-gesundheit/patientenverfuegung-vorsorgevollmacht.html als Download. [↑](#footnote-ref-9)