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 am Ende des Lebens und unabwendbar im Sterbeprozess befinde.

► ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, auch wenn der der Sterbeprozess noch nicht unmittelbar begonnen hat.

► ich infolge einer Hirnschädigung voraussichtlich dauerhaft nicht mehr in der Lage sein werde, mit meiner Umwelt in Kontakt zu treten und mit meinen Mitmenschen zu kommunizieren (Wachkoma), auch wenn es eine geringe Chance gibt, dass ich aus diesem Zustand erwache.

► ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses im Gehirn (zum Beispiel bei Alzheimer-Erkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung oder Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.[[1]](#footnote-1)

|  |  |
| --- | --- |
| **2** | **Lebensverlängernde und gefährdende Maßnahmen** |

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

►, dass alle lebensverlängernden Maßnahmen unterbleiben bzw. abgebrochen werden. Ich bitte jedoch um ausreichende Behandlung und Pflege, um mir Angst, Schmerzen, Atemnot, Hunger- und Durstgefühle und Übelkeit zu nehmen. Ich möchte nicht, dass mein Leiden durch das Ausschöpfen aller intensivmedizinischen Möglichkeiten, auch durch die Gabe von Antibiotika bei Begleitinfektionen verlängert wird.

Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

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

|  |  |
| --- | --- |
| **3** | **Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr[[2]](#footnote-2)** |

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass jegliche Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit über Sonden und Infusionen unterbleibt. Ich weiß, dass ich dann nach einiger Zeit verdursten oder verhungern werde. Das nehme ich in Kauf, wenn dadurch mein Leiden und das Sterben nicht unnötig verlängert werden. Ich wünsche aber eine begleitende Pflege, um mir Hunger und Durstgefühle zu nehmen

|  |  |
| --- | --- |
| **4** | **Wiederbelebung[[3]](#footnote-3)** |

Falls mein Herz zum Stillstand gekommen ist, möchte ich in den oben genannten Situationen nicht wiederbelebt werden.

|  |  |
| --- | --- |
| **5** | **Künstliche Beatmung** |

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. diese eingestellt wird. Ich wünsche eine Behandlung meiner Luft und Angst auch mit bewusstseinstrübenden Medikamenten. Ich nehme damit auch einen früheren Tod in Kauf.

|  |  |
| --- | --- |
| **6** | **Dialyse** |

In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich keine Dialyse.

|  |  |
| --- | --- |
| **7** | **Blut und Blutbestandteile** |

In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich

Beschwerdelinderung keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

|  |  |
| --- | --- |
| **8** | **Ort der Behandlung** |

Ich möchte, wenn möglich zu Hause, bzw. in vertrauter Umgebung sterben oder wenn möglich in einem Hospiz.

|  |  |
| --- | --- |
| **9** | **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.

|  |  |
| --- | --- |
| **10** | **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)*

|  |  |
| --- | --- |
| **11** | **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:*

|  |  |
| --- | --- |
| **12** | **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

|  |  |
| --- | --- |
| **13** | **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[[4]](#footnote-4). 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.

|  |  |
| --- | --- |
| **14** | **Schlussformel** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **15** | **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.

|  |  |
| --- | --- |
| **16** | **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

|  |  |
| --- | --- |
| **17** | **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.

|  |  |
| --- | --- |
| **18** | **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:

|  |  |
| --- | --- |
| **19** | **Schlusszeichnung** |

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

1. 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-1)
2. 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-2)
3. 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-3)
4. 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](mailto: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-4)