

PATIENTENVERFÜGUNG

(Erklärung über eigene Wünsche in Bezug auf medizinische Behandlung und Pflege bei schwerer oder aussichtsloser Krankheit mit tödlichem Verlauf / in vergleichbaren Situationen)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnanschrift:

.....

.....

Bestätigung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit durch den Hausarzt:

Hiermit bestätige ich,....., dass der Verfasser dieser Verfügung im Vollbesitz seiner geistigen Fähigkeiten einsichts- und urteilsfähig ist.

Datum:

Unterschrift:

Beschreibung des aktuellen Gesundheitszustandes durch den Hausarzt:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

I. Eigene Gedanken und Wünsche in Bezug auf das Lebensende

Ich,, sehe ein Leben nur als lebenswert an, wenn geistige Klarheit und die Fähigkeit des selbst Entscheiden gegeben ist. Würde mir auf Grund von Krankheit oder vergleichbaren Umständen diese Fähigkeit genommen, wäre das Leben für mich nicht mehr lebenswert. Gleiches gilt, wenn vermutet wird, dass ich diese Fähigkeit des selbst Entscheidens noch besitze, mich aber auf Grund von Krankheit o.Ä. nicht klar und deutlich artikulieren kann, sodass leicht Fehlinterpretationen meiner Wünsche entstehen und dadurch Fehlentscheidungen getroffen werden können. Lebensqualität ist ausschließlich gegeben, wenn der Geist gesund ist und ich frei und selbständig denken kann und auch fähig bin, diese Gedanken unmissverständlich auszudrücken. Bei Erkrankungen des Geistes mit Verwirrtheit (z.B. Demenz, Alzheimer, etc.) wünsche ich daher, dass diese Verfügung Beachtung findet, egal was ich im Krankheitsfall sagen werde. Widerruf gilt ausschließlich im Vollbesitzes meiner geistigen Fähigkeiten.

Ich benötige bei Krankenhausbehandlungen keinerlei religiöse Unterstützung und möchte mein Leben nicht unnötig lange hinauszögern, wenn dabei die erwähnte Lebensqualität (Fähigkeit des selbst Entscheidens sowie Fähigkeit der unmissverständlichen Artikulation dieser Entscheidungen) nicht eingehalten werden kann.

II. Sollte ich später einmal nicht mehr in der Lage sein, über meine Angelegenheiten selbst zu entscheiden, so verfüge ich für folgende Situationen, dass medizinische Maßnahmen *unterlassen* werden sollen:

Ich bitte um ärztlichen und pflegerischen beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten, solange eine Aussicht auf Heilung besteht oder eine Behandlung chronischer oder schwerer Krankheiten möglich ist, die mir Lebensfreude und Lebensqualität erhält.

Ich will jedoch keine Lebensverlängernden Maßnahmen, also Behandlungen, die den natürlichen Verlauf des Sterbeprozesses aufhalten, wenn:

- ✓ ich mich in einem unmittelbaren Sterbeprozess ohne Aussicht auf Heilung befinde.

- ✓ ich unerträgliche Schmerzen leide.

- ✓ ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde.
- ✓ lebenswichtige Organe oder Körperfunktionen ausgefallen sind und dieser Ausfall nicht behandelbar ist.
- ✓ ich seit mindestens 5 Monaten in einem Zustand dauerhafter Bewusstlosigkeit bin, aus dem ich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht mehr aufwachen werde (sog. Apallisches Syndrom oder Coma vigile).

Befinde ich mich in einem der oben genannten Zustände, verfüge ich, dass

- ✓ ich im Falle eines Herzstillstandes nicht wiederbelebt werden möchte.
- ✓ ich bei Ausfall der eigenen Atmung nicht künstlich beatmet werden möchte.
- ✓ wenn ich nicht mehr in der Lage dazu bin, Nahrung auf natürlichem Weg aufzunehmen, ich nicht künstlich ernährt werden soll und eine einmal begonnene künstliche Ernährung abgebrochen werden soll.
- ✓ ich bei einem Organversagen keine Dialyse oder Organtransplantation wünsche.

Befinde ich mich in einem der oben genannten Zustände, wünsche ich eine Behandlung der auftretenden Symptome (z.B. Schmerzen, Übelkeit, Krämpfe), auch für den Fall, dass

- ✓ sich dadurch meine Lebenszeit weiter verkürzt.
- ✓ dadurch meine geistigen Fähigkeiten oder mein Bewusstsein getrübt werden.

III. In einer Situation, die von dieser Verfügung nicht erfasst ist, sollen nachfolgende Personen zur Ermittlung meines mutmaßlichen Willens befragt werden. Sollte die im Folgenden erst genannte Person nicht entscheidungsfähig oder abkömmlich sein, ist die Person unter 2. angegeben zu befragen. Gleichzeitig entbinde ich die behandelnden Ärzte im Falle meiner eigenen Entscheidungsunfähigkeit von ihrer Schweigepflicht gegenüber diesen Personen:

- | | |
|---------|---------|
| 1. | 2. |
| | |
| | |
| | |

✓ Ich habe mit meinem Hausarzt über die medizinischen Hintergründe dieser Verfügung gesprochen.

✓ Ich habe ergänzend zu dieser Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht verfasst.

✓ Ich bestätige die hier geäußerten Wünsche und Verfügungen und die ausgesprochene Bevollmächtigung. Solange ich bei Bewusstsein bin und klar entscheiden kann, sollen sich behandelnde Ärzte bei mir vergewissern, ob diese Verfügung noch in vollem Umfang gilt.

✓ Ich habe diese Verfügung freiwillig, nach reiflicher Überlegung, vielen Gesprächen und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst. Solange ich keine Änderungen vorgenommen habe, ist dies der letzte und endgültige Ausdruck meines Willens.

Unterschrift:

Ort, Datum:

Unterschrift:

