

Patientenverfügung

Ich

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

bestimme für den Fall, dass ich vorübergehend oder dauerhaft außerstande bin, meinen Willen zu bilden oder verständlich zu äußern, dass

1. diese Verfügung für folgende Situationen

gültig ist:

JA NEIN

- Wenn ich mich nach ärztlicher Diagnose aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde

- Wenn ich mich im Endstadium einer tödlich verlaufenden oder unheilbaren Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht abzusehen ist.

- Wenn aufgrund einer Gehirnschädigung meine Einsichtsfähigkeit, Entscheidungen zu treffen und diese anderen mitzuteilen, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren ist, auch wenn mein Tod noch nicht absehbar ist.

Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündungen, Tumore, fortgeschrittenem Hirnabbauprozess und 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 möglich, aber sehr unwahrscheinlich ist.

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ich aufgrund eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. Demenzerkrankung) auch mit dauernder Hilfestellung nicht mehr fähig bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise aufzunehmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Vegleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Erkrankungen mit entsprechenden Symptomen sollen in derselben Weise beurteilt werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> • _____ | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • _____ | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • _____ | | |

2. In sämtlichen von mir unter Punkt 1 mit „JA“ angekreuzten Situationen wünsche ich, dass folgende ärztliche und pflegerische Maßnahmen eingeleitet, unterlassen oder beendet werden:

- | Lebenserhaltende Maßnahmen | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ich wünsche, dass alles medizinisch Mögliche unternommen wird, um mich am Leben zu erhalten und Beschwerden zu lindern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ich wünsche die Unterlassung aller lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen, die lediglich den Todeszeitpunkt verzögern und dadurch mein Leiden unnötig verlängern würden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> • _____ | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • _____ | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • _____ | | |

Schmerz- und Symptombehandlung

JA NEIN

- Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, insbesondere lindernde pflegerische Maßnahmen wie Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen wie die Bekämpfung von Schmerzen, Atemnot, Angst, Unruhe, Übelkeit und anderen Krankheitserscheinungen. JA NEIN

- Ich wünsche, wenn andere medizinische Mittel keine Linderung bringen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel. JA NEIN

- Eine dadurch evtl. bedingte Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf. JA NEIN

• _____

• _____

Künstliche Ernährung

JA NEIN

- Ich wünsche parentrale Ernährung (in die Venen). JA NEIN

- Ich wünsche enterale Ernährung (direkt in den Magen). JA NEIN

- Ich wünsche eine verminderte Ernährung nach ärztlichem Ermessen, gleich auf welchem Weg oder in welcher Form. JA NEIN

• _____

• _____

Künstliche Flüssigkeitszufuhr

JA NEIN

- Ich wünsche eine künstliche Flüssigkeitszufuhr. JA NEIN

- Ich wünsche eine verminderte Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen. JA NEIN

• _____

• _____

Künstliche Beatmung

JA NEIN

- Ich wünsche eine künstliche Beatmung. JA NEIN
- Ich wünsche keine künstliche Beatmung, aber die Linderung von Atembeschwerden mit Medikamenten und pflegerischen Methoden. JA NEIN

• _____

• _____

Wiederbelebungsmaßnahmen

JA NEIN

- Ich wünsche Wiederbelebungsmaßnahmen. JA NEIN

• _____

• _____

3. Ich wünsche eine Sterbebegleitung durch einen/den Hospizdienst _____ durch einen/den Seelsorger _____ durch _____**4. Ich besitze einen Organspendeausweis**

JA NEIN

Dieser befindet sich bei/in:

5. Ich besitze keinen Organspendeausweis, stimme aber einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.

JA NEIN

Name, Vorname: _____

Unterschrift: _____

6. Sonstiges

Zusätzlich zu dieser Patientenverfügung habe ich
eine **Vorsorgevollmacht** erstellt. JA NEIN

Ich habe den Inhalt dieser Patientenverfügung mit folgender
von mir bevollmächtigten Person ausführlich besprochen:

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Ich habe eine **Betreuungsverfügung** erstellt. JA NEIN

Diese ist hinterlegt in/bei:

Weitere erklärende Bestandteile dieser Verfügung sind:

- Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen.
- Eine Ergänzung aufgrund einer bestehenden schweren Krankheit.

Diese Patientenverfügung habe ich nach sehr sorgfältigen Überlegungen erstellt.
Sie gilt als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts.

Diese Patientenverfügung habe freiwillig und im Vollbesitz
meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum

Unterschrift

Diese Patientenverfügung entspricht weiterhin
meinen Wünschen und Vorstellungen.

Ort, Datum

Unterschrift

Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

die Patientenverfügung vom _____ (Datum) im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen Kräfte verfasst hat und einsichtsfähig ist.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

Ich bestätige, dass der o. g. Verfasser zum Zeitpunkt der Aktualisierung seiner Patientenverfügung im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte und einsichtsfähig war.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

Ergänzung aufgrund einer bestehenden schweren Krankheit

(Dieses Formular muss zusammen mit Ihrem behandelnden Arzt ausgefüllt werden!)

Diagnose:

Eventuelle Komplikationen	Vom Patienten erwünschte Behandlung

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin