

Patientenverfügung | Seite 1 von 5

Ich,

Vor- und Nachname | ggf. Geburtsname

Geburtsort

Geburtsdatum

PLZ

Ort

Telefon

Straße, Hausnummer

Mobiltelefon

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

1. Situationen, in denen diese Patientenverfügung gilt:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. Ja Nein

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

- Wenn ein schwerer Abbauprozess meines Gehirns (z. B. bei einer Demenzerkrankung) so weit fortgeschritten ist, dass ich trotz Hilfestellung zu keiner Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme auf natürlichem Weg in der Lage bin. Ja Nein

- Wenn 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 Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündungen 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. Ja Nein

- Sonstiges

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitssituationen sollen entsprechend beurteilt werden.

Patientenverfügung | Seite 2 von 5

2. In den unter Punkt 1 beschriebenen und mit „Ja“ angekreuzten Situationen

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| <p>■ verlange ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung. Dies beinhaltet lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen wie die wirksame Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen belastenden Beschwerden. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.</p> | Ja | Nein |
| <p>■ verbiete ich alle Maßnahmen, die zum Zweck der Lebenserhaltung oder der Lebensverlängerung eingesetzt werden und nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen. Insbesondere verbiete ich maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.</p> | Ja | Nein |
| <p>■ verbiete ich besonders in Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht die künstliche Beatmung sowie jede Art der künstlichen Ernährung und künstlichen Flüssigkeitsgabe (sowohl über eine Sonde durch Mund, Nase, Bauchdecke oder über die Vene). Sofern solche Maßnahmen bereits eingeleitet wurden, sind diese zu beenden.</p> | Ja | Nein |
| <p>■ verbiete ich Wiederbelebensmaßnahmen.</p> | Ja | Nein |

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine verbotene aktive Sterbehilfe.

3. In den unter Punkt 1 beschriebenen und mit „Ja“ angekreuzten Situationen

wünsche ich seelsorgerischen Beistand

wünsche ich hospizlichen Beistand

.....

.....

4. Organspende

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| <p>■ Ich habe einen Organspendeausweis und erkläre meine Bereitschaft, dass nach meinem Tod Organe und Gewebe zu Transplantationszwecken entnommen werden dürfen.</p> | Ja | Nein |
| <p>■ Ich habe eine Verfügung zur Organspende erstellt, die Bestandteil dieser Patientenverfügung ist.</p> | Ja | Nein |

Wenn Sie Ihre Zustimmung zur Organspende gegeben haben,
bitte unbedingt auch die Erklärung zur Organspende ausfüllen und unterschreiben!

Patientenverfügung | Seite 3 von 5

5. Weitere Hinweise zu meiner Patientenverfügung

Ich habe eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der bevollmächtigten Person besprochen. Ja Nein

Bevollmächtigte Person:

Name

PLZ

Ort

Telefon

Straße, Hausnummer

Mobiltelefon

Anstelle einer Vollmacht habe ich eine Betreuungsverfügung erstellt und erwarte, dass die vom Betreuungsgericht für mich bestellte Betreuungsperson meinen Willen, wie er sich aus dieser Patientenverfügung ergibt, durchsetzt. Ja Nein

Sollte zusätzlich eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1828 Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll den folgenden Personen – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name	Adresse	Telefon

Ärztin/Arzt meines Vertrauens:

Name

PLZ

Ort

Telefon

Straße, Hausnummer

Telefax

E-Mail

Patientenverfügung | Seite 4 von 5

6. Beratung

Bei der Erstellung dieser Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen:*

Stempel der beratenden Institution

Vor- und Zuname der beratenden Person

Datum, Unterschrift

7. Bemerkungen, Schlussformel und Unterschrift

Sofern in dieser Patientenverfügung oder in einer Anlage Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z. B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sind diese als erklärender Bestandteil dieser Verfügung anzusehen.

Ich habe die folgenden Ergänzungen und Erklärungen beigefügt:

Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.

Vorstellungen zur Wiederbelebung (z.B. bei akutem Herzstillstand).

Angaben zu bestehenden Krankheiten.

Erklärung zur Organ- und Gewebespende.

Diese Patientenverfügung wurde von mir im Bewusstsein der Bedeutung und Tragweite im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte unter Wahrnehmung meines Selbstbestimmungsrechts erstellt. Ich wünsche nicht, dass mir in der konkreten Situation der Einwilligungsunfähigkeit eine Änderung meines bekundeten Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich und eindeutig (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Ort, Datum

Unterschrift

* Eine Beratung ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Bei diesem komplizierten Thema empfiehlt sich aber eine ausführliche Beratung. Anlaufstellen sind Verbraucherzentralen mit ihren Beratungsstellen, Kirchen, Wohlfahrtsverbände, Hospize oder eine Ärztin bzw. ein Arzt.

