

# PATIENTENVERFÜGUNG

## Persönliche Patientenverfügung

Name

Vorname

geboren am

in

Straße

PLZ

Wohnort

Telefon

Personalausweis-Nummer

Personalausweis liegt zur Identifikation des/der Verfügenden vor

Diese Patientenverfügung soll meinen Willen ausdrücken, falls ich selbst nicht mehr für mich und mein Leben entscheiden kann. Diese nachfolgend festgelegten Wünsche sollen in schwierigen Lebenslagen

- dazu dienen, meinen Vertreter, Ärzten und Angehörigen zu unterstützen, wenn sie eine Entscheidung treffen müssen, die meinen Vorstellungen von Lebenssinn- und qualität entspricht

Ja

Nein

- verbindlich berücksichtigt und ausgeführt werden

Ja

Nein

### Einstellung zum Leben und zum Sterben

Was denke ich über mein Leben? Was ist mir sehr wichtig? Wie denke ich über meinen Tod und mein Sterben? Wovor habe ich Angst? Was kann mir helfen?

---

---

---

---

---

---

---

---

# Medizinische Fragen (nichtzutreffende Textpassagen streichen!)

## 1. Sterbeprozess

Auch bei bereits aktivem Sterbeprozess möchte ich, dass mein Leben möglichst lange erhalten bleibt.

Ja  Nein

Falls schwere Angstzustände, Atemnot, Schmerzen und andere unerträgliche Beschwerden vorliegen, bin ich mit einer dauerhaften Gabe von Schmerz- und Beruhigungsmedikamenten (Sedierung) einverstanden. Das Risiko dass dadurch mein Leben verkürzt wird, ist mir bewusst und nehme ich in Kauf.

Ja  Nein

## 2. Schwere Erkrankungen

Zu jeder Zeit wünsche ich mir eine angemessene Grundversorgung, die menschliche Nähe und Zuwendung, Pflege sowie die Behandlung von Schmerzen, Atemnot, Angst und Übelkeit beinhaltet.

Sollte der Bedarf bestehen, wünsche ich eine Begleitung eines Hospizdienstes, die Verlegung in ein Hospiz oder eine Palliativstation.

Ja  Nein

a) schwere und akute Gehirnschädigung

Ein schwerer Gehirnschaden kann zur Folge haben, dass ich auf Dauer und aller Wahrscheinlichkeit nach, ein von mir selbstbestimmtes Leben nicht mehr führen kann. Selbstbestimmung, Einsicht und der Kontakt zu meinen Mitmenschen werden fehlen. Sollte dieser Fall eintreten wünsche ich alle medizinisch möglichen Maßnahmen wie z.B. Intensive Heilbehandlungen, lebensverlängernde Maßnahmen wie z. B. Reanimation, Beatmung, Dialyse und Bluttransfusion. Ich bin mir bewusst, dass in seltenen Fällen ein Aufwachen aus einem langen (Wach-) Koma möglich ist.

Ja  Nein  Je nach Situation \_\_\_\_\_

b) Bei einer unheilbaren und tödlich verlaufenden Krankheit im Endstadium, bei der der Sterbeprozess aber noch nicht begonnen hat, möchte ich dass alles medizinisch Mögliche (siehe oben 2.a) getan wird.

Ja  Nein  Je nach Situation \_\_\_\_\_

c) Sollte ich mich in einem schweren, neurologischen Defektzustand befinden (z.B. Endzustand einer Demenz) oder in einem Wachkoma ohne Aussicht auf eine Besserung, wünsche ich trotzdem den Einsatz aller möglichen medizinischen Mittel (siehe oben 2.a)

Ja  Nein  Je nach Situation \_\_\_\_\_

Sollte ich mich bei oben genannten Punkten 2.a bis 2.c gegen den Einsatz intensiver Heilverfahren ausgesprochen haben, beinhaltet dies auch die Unterlassung der Behandlung von zusätzlich oder in Folge auftretender Erkrankungen. Dies bedeutet, dass z.B. auch auf die Gabe eines Antibiotikums bei einer Lungenentzündung verzichtet werden soll.

Ja  Nein  Je nach Situation \_\_\_\_\_

## Das beinhaltet auch den Verzicht auf:

- künstliche Ernährung (über Magensonde, PEG-Sonde\* oder intravenös)

 Ja Nein

- künstliche Flüssigkeitszufuhr (über Magensonde, PEG-Sonde\* oder intravenös)

 Ja Nein Nach ärztlichem Ermessen

Das gilt insbesondere in folgenden Situationen: \_\_\_\_\_

Mir ist bewusst, dass Flüssigkeitsmangel innerhalb weniger Tage zum Tod führen kann.

### 3. PEG-Sonde \*

Die Anlage einer PEG-Sonde erlaube ich in folgenden Situationen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Anlage einer PEG-Sonde lehne ich in folgenden Lebenslagen ab: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Anlage einer PEG-Sonde lehne ich in jedem Fall ab.

 Ja Nein

### 4. Entscheidungsfindung

In vielen Lebenslagen kann keine eindeutige Prognose gegeben werden. Bei Unklarheit, ob mein hier verfasster Wille in den konkreten Situation greift, wünsche ich die Einberufung eines Ehtikkonsils.

 Ja Nein

### 5. Aufklärung

Ich wünsche eine genaue, sorgfältige und lückenlose Aufklärung; dies ist für mich notwendig, um Entscheidungen über meine Therapie zu treffen und um meine verbleibende Lebenszeit sinnvoll zu nutzen und letzte Dinge zu regeln und zu erledigen.

 Ja Nein

## Begleitung

1. Bei schwerer Krankheit oder Bewusstlosigkeit wünsche ich mir menschlichen Beistand. Die Anwesenheit folgender Personen (auch am Krankenbett) ist in meinem Sinne:

\_\_\_\_\_

Gegenüber diesen Menschen entbinde ich die behandelnden Ärzte und Pflegenden von ihrer Schweigepflicht:

\_\_\_\_\_

2. Im Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, habe ich bereits eine Vorsorgevollmacht verfasst.

 Nein Ja, mein(e) Bevollmächtigte(r) ist (Name, Anschrift, Tel.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Ich wünsche, dass ein Priester/Pfarrer oder ein Vertreter meiner Religion gerufen wird, um mir Beistand zu geben.

 Ja Nein

Meine Religionszugehörigkeit: \_\_\_\_\_

\* PEG-Sonde = Ernährungssonde durch die Bauchdecke direkt in den Magen

# Über meinen Tod hinausgehende Verfügungen

## 1. Organspende

Im Falle meines Todes gebe ich meinen Körper zur Organspende frei.

Ja

Nein

Falls ja:

- Ich gestatte dies mit Ausnahme folgender Organe oder Gewebe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Ich gebe folgende Organe oder Gewebe zur Entnahme frei: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Sollten durch meine Bereitschaft zur Organspende intensivmedizinische Maßnahmen erforderlich werden, die ich mit meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, denn geht meine Patientenverfügung vor.

Ja

Nein

## 2. Obduktion (aus medizinischen Gründen)

- Ich bin mit einer Obduktion einverstanden.

Ja

Nein

- darüber muss im Falle meines Todes von meinem(r) Vertreter(in) entschieden werden.

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Ich erwarte, dass meine Wertvorstellungen, Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigt werden. Ich beabsichtige, diese Patientenverfügung regelmäßig zu überprüfen und gegebenenfalls zu ändern.

Ort, Datum

Unterschrift

**ZEUGEN** (Die Unterschrift von Zeugen ist für die Gültigkeit und Wirksamkeit der Patientenverfügung nicht erforderlich, erhöht aber die Beweiskraft)

Ich bestätige, dass Herr/Frau \_\_\_\_\_ diese Verfügung nach ausführlicher Beratung durch mich und nach sorgfältiger Prüfung festgelegt hat und dass ich keine Zweifel an ihrer/seiner Entscheidungskraft habe.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Zeugen

\_\_\_\_\_

Namen des/der Zeugen

## AKTUALISIERUNG DIESER VERFÜGUNG DURCH ERNEUTE UNTERSCHRIFT

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Die Aktualisierung kann mehrfach erfolgen. In jedem Fall ist die Unterschrift zu erneuern, falls sie in der Patientenverfügung etwas geändert wurde. Ansonsten ist eine Erneuerung der Unterschrift im Zweijahresrhythmus ratsam.