Patientenverfügung

Ich, Herr/Frau _____

geb. am _____

wohnhaft _____

errichte hiermit im Vollbesitz meiner geistigen Fähigkeiten und bei klarem Bewusstsein, ohne jeglichen Druck und Zwang, nach reiflicher Überlegung und in klarer Absicht der rechtlichen Tragweite diese Patientenverfügung für den Fall, dass ich in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls meinen Willen als Patient nicht mehr fassen oder äußern kann.

Ich errichte mit dieser Urkunde nach ärztlicher Beratung vorgenommen durch

Herrn Dr. _____

und nach rechtlicher Beratung vorgenommen durch _____

Frau/Herrn _____

eine

verbindliche Patientenverfügung

Diese hat insbesondere in folgenden Situationen zu gelten:

1. Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach im Sterbeprozess befinde.

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

3. Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten nach Einschätzung der behandelnden 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 Gehirnschädigungen 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 auszuschließen, aber sehr unwahrscheinlich ist.

4. Wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses wie z.B. Demenzerkrankung auch mit andauernder Hilfeleistung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

<u>Sollten sich eine oder mehrere der oben beschriebenen Situationen verwirklichen, dann treffe ich folgende Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung einer medizinischen Behandlung bzw. Betreuung:</u>

a. Lebenserhaltende Maßnahmen (Basisversorgung):
Ich ordne an, alle lebenserhaltenden Maßnahmen zu unterlassen, Hunger und Durst sollen nur auf natürliche Weise gestillt und gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund- und Schleimhäuten sowie eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst und anderer belastender Symptome.

b. Künstliche Ernährung:
Eine künstliche Ernährung lehne ich in den oben beschriebenen Situationen, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (wie Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge etc.) ab.

c. Künstliche Flüssigkeitszufuhr:
In den oben beschriebenen Situationen ordne ich die Unterlassung jeglicher künstlicher Flüssigkeitszufuhr an.

d. Wiederbelebung:
In den oben beschriebenen Situationen ordne ich an, dass Versuche zur Wiederbelebung unterlassen werden und dass Notärzte nicht zu verständigen sind. Sollte trotzdem ein Notarzt hinzugezogen werden, so ist dieser über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen unverzüglich zu informieren.

e. Künstliche Beatmung:
In den oben beschriebenen Situationen lehne ich eine künstliche Beatmung ab. Eine schon eingeleitete Beatmung ist einzustellen, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Atemnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

f. Dialyse:
In den oben beschriebenen Situationen lehne ich eine Dialyse ab. Eine bereits eingeleitete Dialyse hat eingestellt zu werden.

g. Antibiotika
In den oben beschriebenen Situationen lehne ich eine Gabe von Antibiotika ab.

h. Blut/Blutbestandteile
In den oben beschriebenen Situationen lehne ich auch die Gabe von Blut/ Blutbestandteilen ab.

i. Konkrete Beschreibung weiterer medizinischer Maßnahmen, die ich ablehne:

_____

_____

_____

_____

j. Schmerz- und Symptomproblematik
In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Schmerz- und Symptombehandlung, auch wenn es dadurch zu einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit kommt.

Wünsche:

- ☐ Weiterbehandlung nur bei Aussicht auf tatsächliche Genesung
- ☐ Wunsch auf Beiziehung eines Priesters um Krankensalbung
- ☐ In vertrauter Umgebung zu sterben
- ☐ Sterben dürfen, wenn das Leben vorbei ist
- ☐ Wunsch niemanden zur Last zu fallen

Schlussbemerkung:

Mir ist die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs meiner Patientenverfügung bekannt. Ebenso bin ich darüber informiert, dass meine verbindliche Patientenverfügung ab Errichtungsdatum eine höchstwirksame Dauer von 8 Jahren hat. Darüber hinaus ist mir bewusst, dass diese von Ärzten auch dann zu befolgen ist, wenn die medizinische Behandlung indiziert wäre und dass auch andere Personen (Angehörige, Erwachsenenvertreter, Bevollmächtigte) an die Patientenverfügung gebunden sind.

Meine Vertrauensperson(en):

_____

_____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Errichters der Patientenverfügung

Ärztliche Bestätigung

Ich, Herr Dr.

habe mit Frau/Herrn _____, geb.am _____

ein ausführliches Aufklärungsgespräch zur Thematik Patientenverfügung geführt. Wir haben dabei die vorliegende Patientenverfügung ausführlich besprochen. Die seitens der Patientin/des Patienten abgelehnten Behandlungsmaßnahmen wurden im Einzelnen erörtert. Die Patientin/ der Patient wurde von mir umfassend über Wesen und Folgen der verbindlichen Patientenverfügung für die medizinische Behandlung aufgeklärt. Ich habe mit ihr/ihm die Folgen der Ablehnung der Behandlungsmaßnahmen ausführlich erörtert. Die Patientin/der Patient ist zum Zeitpunkt der Beratung urteils- und einsichtsfähig und kann somit Sinn, Bedeutung, Tragweite der Folgen ihrer/seiner Patientenverfügung völlig zutreffend einschätzen. Ich konnte mich davon überzeugen, dass sich die Patientin/der Patient ausführlich mit dem Thema der verbindlichen Patientenverfügung befasst hat.

Weitere Anmerkungen des aufklärenden Arztes aufgrund des erfolgten Aufklärungsgespräches nach § 5 Patientenverfügungsgesetz (PatVG):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

Ort, Datum Stampiglie und Unterschrift des Arztes

Rechtliche Bestätigung

Mit Frau/Herrn _____ geb.am _____

Identität festgestellt durch _____

Habe ich gegenständliche Patientenverfügung umfassend erörtert und konnte mich rechtlich vergewissern, dass der Inhalt der Verfügung dem freien Willen der Patientin/des Patienten entspricht. Ich habe sie/ihn über das Wesen einer Patientenverfügung, ihre rechtlichen Folgen, die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs und die maximale Wirksamkeitsdauer von 8 Jahren belehrt. Auch habe ich sie/ihn darüber informiert, dass die verbindliche Patientenverfügung von der Ärztin/vom Arzt auch dann zu befolgen ist, wenn die untersagte Behandlung medizinisch indiziert ist und dass auch andere Personen (Angehörige, Sachwalter, Bevollmächtigte) an die Patientenverfügung gebunden sind.

_____ _____

Ort, Datum Stampiglie und Unterschrift