

1 Willenserklärung

1.1 Ich ...

<i>Name, Vorname, Geburtsdatum</i>	<i>(Vollmachtgeber/in)</i>
<i>Anschrift</i>	
<i>Telefon</i>	<i>E-Mail</i>

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

Nicht Zutreffendes streichen z. B. so: ~~Mustertext~~ Ja
und Zutreffendes ankreuzen z. B. so: Mustertext Nein

1.2 Situationen, in denen diese Patientenverfügung gelten soll

Diese Patientenverfügung soll in Situationen gelten, wenn ich ...

A. ... mich nach ärztlicher Feststellung aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
B. ... mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
C. ... infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung meiner Ärzte/Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach ...		
C.1 ... unwiederbringlich vollständig verloren habe:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
C.2 ... soweit verloren habe, dass ein Leben, zu dem ich mich verständlich äußern kann, nicht mehr möglich ist:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Meine Antwort zu C. , C.1 und C.2 gilt selbst, wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist für jede Gehirnschädigung unabhängig von der Ursache. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Erwachen aus diesem Zustand nicht völlig auszuschließen, aber sehr unwahrscheinlich ist:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
D. ... ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenz) auch mit angemessener Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
E. Diese Verfügung soll bereits jetzt gelten. Insbesondere wenn eine schwere Erkrankung wie z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt oder schwere Lungenentzündung vorliegen, gerade wenn eine hohe Sterbewahrscheinlichkeit oder ein hohes Risiko einer nachfolgenden schweren, dauerhaften Gesundheitseinschränkung bestehen, lehne ich selbst medizinisch indizierte Krankenhauseinweisungen ab!	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
F. ... ich mich in folgender Lebenslage befinde:		

1.3 (Vorsorge) Vollmacht und Betreuungsverfügung

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine (Vorsorge) Vollmacht und/oder eine Betreuungsverfügung erteilt und den Inhalt mit folgender von mir bevollmächtigten Person besprochen:

<i>Name, Vorname, Geburtsdatum</i>	
<i>Anschrift</i>	
<i>Telefon</i>	<i>E-Mail</i>

2 Wünsche zu Sterbeort und Begleitung

2.1 Unter den unter 1.2 genannten Situationen möchte ich, wenn möglich sterben ...

A. ... zu Hause/ in vertrauter Umgebung:	<input type="checkbox"/>	C. ... auf einer Palliativstation:	<input type="checkbox"/>
B. ... in einem Hospiz:	<input type="checkbox"/>	D. ... im Krankenhaus:	<input type="checkbox"/>

2.2 Ich möchte Beistand ...

A. ... seelsorglich:	<input type="checkbox"/>	C. ... durch folgende Personen:	
B. ... hospizlich:	<input type="checkbox"/>	Welche Glaubens- richtung:	

2.3 Krankenhauseinweisung

Auch wenn ich ohne Krankenhausbehandlung höchstwahrscheinlich sterben würde, so möchte ich wenn irgend möglich nicht mehr in ein Krankenhaus eingewiesen werden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

3 Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter medizinischer Maßnahmen Für die unter 1.2 genannten Situationen wünsche ich ...

3.1 ... folgenden Umfang lebenserhaltender und -verlängernder Maßnahmen:

Es sollen alle medizinisch möglichen und angezeigten Behandlungen vorgenommen werden, um mein Leben zu erhalten:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

3.2 ... eine fachgerechte Symptombehandlung ...

A. ... möglichst ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
B. ... auch mit Mitteln mit bewusstseinsdämpfender Wirkung, wenn andere medizinische Möglichkeiten zur Symptombekämpfung nicht ausreichend wirken:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
C. ... selbst dann, wenn die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch eine Behandlung erfolgt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

3.3 ... bzgl. künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr:

Das Stillen von empfundenem Hunger und Durst gehört zu jeder lindernden Therapie. Aber viele Schwerkranke haben kein Hungergefühl mehr; dies gilt nahezu immer für Sterbende und wahrscheinlich auch für PatientInnen mit schwerster Hirnfehlfunktion. Das Durstgefühl kann bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl bestehen, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hilft kaum dagegen. Viel besser lindert fachgerechte Mundpflege, evtl. ein Anfeuchten der Atemluft. Die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit bei Sterbenden kann schädlich sein, z. B. weil sie zu Atemnot durch Wasser in der Lunge führen kann.

A. Hunger und Durst sollen nur auf natürliche Weise gestillt werden, auch mit Hilfe beim Essen und Trinken:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
B. Ich wünsche fachgerechte Mund- und Schleimhautpflege sowie menschenwürdige Umgebung, Zuwendung, Körperpflege und Lindern von belastenden Symptomen wie z. B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
C. Ich wünsche eine künstliche Ernährung und/oder Flüssigkeitszufuhr, wie z. B. mittels Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke oder venöse Zugänge in die Haut oder Unterhaut:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

3.4 ... bzgl. einer Herz-Lungen-Wiederbelebung (Reanimation):

Bei einem Herz-Kreislaufstillstand in Situationen wie unter 1.2 wünsche ich, dass ...

A. ... sofort Wiederbelebensmaßnahmen begonnen werden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
B. ... über die 112 Rettungsdienst und/oder Notarzt verständigt werden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
C. ... der Rettungsdienst unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebensmaßnahmen informiert wird:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

3.5 In den oben beschriebenen Situationen wie unter 1.2 wünsche ich Beginn oder Fortführung folgender medizinischer Maßnahmen:

3.5.1 künstliche Atemhilfe und/oder Sauerstoffgabe ...

... für den Fall, dass diese mein Leben verlängern kann:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

3.5.2 künstliche Blutwäsche (Dialyse) ...

... für den Fall, dass diese mein Leben verlängern kann:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

3.5.3 Gabe von Antibiotika ...

... für den Fall, dass diese mein Leben verlängern kann:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

3.5.4 Gabe von Blut(bestandteilen) ...

... für den Fall, dass diese mein Leben verlängern kann:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

3.5.5 Einsatz von Herzschrittmacher und/oder Defibrillator ...

... für den Fall, dass dieser mein Leben verlängern kann:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

3.6 Reine Palliation statt möglicher Lebensverlängerung:

Ich möchte, dass bei den unter 3.5.1 bis 3.5.5 und allen ähnlichen geplanten Maßnahmen diese nicht zur Lebensverlängerung eingesetzt werden sollen. Ich verlange, dass zur Leidenslinderung andere, rein palliative Maßnahmen wie zum Beispiel die Gabe von Schmerz- und Beruhigungsmitteln eingesetzt werden bis hin zu einer palliativen Sedierung.	<input type="checkbox"/> Ja
---	-----------------------------

4 Aufklärungsverzicht

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung auch des Bevollmächtigten:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

5 Hinweis auf weitere geltende Unterlagen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

A. ... Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
B. ... Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

6 Ich stimme einer Entnahme meiner Organe und Gewebe zur Transplantation ...

A. ... nach ärztlicher Feststellung meines Todes zu:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:		
nur für folgende Organe/Gewebe:		

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden unumkehrbarem Ausfall wesentlicher Hirnfunktionen als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann geht/ gehen vor die ...

B. ... von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
C. ... Bestimmungen in meiner Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

7 Widerrufsmöglichkeit

Mir ist die jederzeitige Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.	<input type="checkbox"/> Ja
--	-----------------------------

8 Aussagen zu Verbindlichkeit, Auslegung, Durchsetzung und Widerruf der Patientenverfügung

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) soll(en) dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

Sollten Arzt/Ärztin oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meinem Vertreter/meiner Vertreterin erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein.

Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: meiner/meinem ... (Alternativen)

<input type="checkbox"/> A. ... Bevollmächtigte/n, bzw. BetreuerIn	<input type="checkbox"/> B. ... behandelnden Arzt/Ärztin:
<input type="checkbox"/> C. ... anderer Person: 	

Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen zu der Auffassung gelangen, dass ich **entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte**, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: **meiner/meinem ... (Alternativen)**

<input type="checkbox"/> A. ... Bevollmächtigte/n, bzw. BetreuerIn	<input type="checkbox"/> B. ... behandelnden Arzt/Ärztin:
<input type="checkbox"/> C. ... anderer Person: 	

9 Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informieren und beraten lassen von...

10 Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau wurde von mir heute bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt und war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

.....
Ort, Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Vertragsarztstempel

11 Geltungsdauer dieser Verfügung

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe (ich werde versuchen, künftige Änderungen oder Widerrufe möglichst schriftlich zu dokumentieren).	<input type="checkbox"/> Ja
--	------------------------------------

12 Unterschrift

.....
Ort, Datum, Unterschrift