

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 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Wenn ich mich nach ärztlicher Diagnose aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">• Wenn ich mich im Endstadium einer tödlich verlaufenden oder unheilbaren Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht abzusehen ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">• 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, fortgeschrittenen 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 höchst unwahrscheinlich ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

JA NEIN

- 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.
- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Erkrankungen mit entsprechenden Symptomen sollen in derselben Weise beurteilt werden.
-
.....
.....

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

- Ich wünsche, dass alles medizinisch Mögliche unternommen wird, um mich am Leben zu erhalten und Beschwerden zu lindern.
- Ich wünsche die Unterlassung aller lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen, die lediglich den Todeszeitpunkt verzögern und dadurch mein Leiden unnötig verlängern würden.
-
.....
.....

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.
- Ich wünsche, wenn andere medizinische Mittel keine Linderung bringen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel.
- Eine dadurch evtl. bedingte Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf.
-
.....

Künstliche Ernährung

JA NEIN

- Ich wünsche parenterale Ernährung (in die Venen).
- Ich wünsche enterale Ernährung (direkt in den Magen).
- Ich wünsche eine verminderte Ernährung nach ärztlichem Ermessen, gleich auf welchem Weg oder in welcher Form.
-
.....

Künstliche Flüssigkeitszufuhr

JA NEIN

- Ich wünsche eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.
- Ich wünsche eine verminderte Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.
- Ich wünsche keine künstliche Flüssigkeitszufuhr.
-
.....

Künstliche Beatmung

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Ich wünsche eine künstliche Beatmung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich wünsche keine künstliche Beatmung, aber die Linderung von Atembeschwerden mit Medikamenten und pflegerischen Methoden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | | |
| | | |

Wiederbelebungsmaßnahmen

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Ich wünsche Wiederbelebungsmaßnahmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | | |
| | | |

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: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| | | |

5. 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 ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Meine Wertvorstellungen

(Ergänzung zu meiner Patientenverfügung)

Wie bewerte ich mein bisheriges Leben? Wie stelle ich mir mein zukünftiges Leben vor? Welche Rolle spielt die Religion in meinem Leben? usw.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

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

.....
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/der behandelnden Arztes/Ärztin