

Patientenverfügung

Ich,

Franz Muster

Geboren: 27.04.1933 / Anschrift: Friedensstr. 4 - 12345 Musterstadt
Telefon: 012341234567 Mobil: 01231234567

verfüge für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, dass die mich behandelnden Ärzte meinen hier im Voraus formulierten Willen beachten.

Abschnitt 1

Wenn ich meinen Willen durch eine akute Erkrankung oder nach einem Unfall oder vor einer Operation nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann.

- wünsche ich, dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und um meine Beschwerden zu lindern.
- möchte ich auch fremde Gewebe und Organe erhalten, wenn dadurch mein Leben erhalten werden könnte.

Die im Abschnitt 2 genannten Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen gelten nur, wenn eine, oder mehrere der folgenden Situationen eingetreten sind :

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung erfahrener Ärztinnen oder 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 Entzündung) 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.
- Wenn meine Bewusstlosigkeit (z. B. Koma, Locked-in-Syndrom) länger andauert als:
 - drei Monate und bis dahin keine Besserung zu erwarten ist.

Abschnitt 2

Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

Lebenserhaltende Maßnahmen:

- Ich erwarte, dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

Schmerz- und Symptombehandlung:

- Ich wünsche, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.
- Die Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Künstliche Ernährung:

- Ich wünsche, dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt.

Künstliche Flüssigkeitszufuhr:

- Ich wünsche die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen, Mundpflege gegen Durst und Mundtrockenheit.

Wiederbelebung:

- Ich wünsche die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.
- Ich möchte dass der Notarzt nicht verständigt wird, bzw. dass ein ggf. hinzugezogener Notarzt unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebensmaßnahmen informiert wird.

Künstliche Beatmung:

NUR ZUR INFORMATION

- Ich möchte, dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

Dialyse:

- Ich wünsche, dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

Antibiotika:

- Ich wünsche Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.

Blut/Blutbestandteile:

- Ich wünsche die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden.

Nicht zugelassene Medikamente:

- Ich will nicht mit neuen Methoden und Medikamenten behandelt werden, die sich noch in der klinischen Erprobung befinden.

Fixierung:

- Ich erlaube alle Maßnahmen, die meinem Schutz dienen.
- Eine Fixierung darf nur so lange erfolgen, wie sie unbedingt zu meinem Wohle erforderlich ist.

Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/ pflegerische Maßnahmen liegt bei:

- Der Ethikkommission des Krankenhauses oder der Einrichtung.

Abschnitt 3

Lebensende

Ort an meinem Lebensende:

- Ich möchte in ein Krankenhaus verlegt werden, das auch für Palliativmedizin eingerichtet ist.
- Ich möchte, wenn möglich, in einem Hospiz sterben.

Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.
- Grundsätzlich bin ich zur Spende meiner Organe und Gewebe bereit. Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntodes bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.
- Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann
- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

Abschnitt 4

Erwartungen, Interpretation, Aufklärung

Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung, zur Durchsetzung und zum Widerruf meiner Patientenverfügung:

- Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Meine Bevollmächtigte soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.
- Sollte das Ärzteteam 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 meiner Bevollmächtigten erwarte ich, dass er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.
- In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Leitlinie maßgeblich sein.
- Sollte die Patientenverfügung ganz oder teilweise als rechtsungültig erklärt werden, so verlange ich, dass das Betreuungsgericht den hier von mir benannten Bevollmächtigten als meinen gesetzlichen Vertreter einsetzt. Ich verlange auch, dass das Betreuungsgericht und der gesetzliche Vertreter sich bei allen Entscheidungen an meinen Wünschen, Werten und Verfügungen orientieren.

Information/Beratung:

Ich habe mich bei der Abfassung der Patientenverfügung nicht von einem Arzt beraten lassen, da ich im Moment an keiner gefährlichen Krankheit leide.

Abschnitt 5**Gültigkeit**

- Ich habe die Absicht, diese Festlegungen von Zeit zu Zeit zu überprüfen und, falls sie nicht mehr meinen Wünschen und Werten entsprechen, auch zu ändern. Solange ich jedoch keine Veränderung vorgenommen habe, ist dies der letzte und endgültige Ausdruck meines Willens.

Bestätigungen**Ich bestätige:**

Diese Patientenverfügung habe ich freiwillig, nach reiflicher Überlegung und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst. Ich habe die Absicht, diese Festlegungen von Zeit zu Zeit zu überprüfen und, falls sie nicht mehr meinen Wünschen und Werten entsprechen, auch zu ändern. Solange ich jedoch keine Veränderung vorgenommen habe, ist dies der letzte und endgültige Ausdruck meines Willens.

Werde ich betreut, so ist das Wort 'Bevollmächtigte(r)' durch 'Betreuer(in)' zu ersetzen.

Diese Patientenverfügung ist umzusetzen, ob ich einen Betreuer, eine Betreuerin, einen Bevollmächtigten, oder eine Bevollmächtigte oder niemanden habe, der mich rechtmäßig vertritt

Unterschrift mit Ort und Datum des Verfassers Franz Muster

Bestätigung durch die Zeugin:

Ich bestätige, dass o. G. als Verfasser dieser Patientenverfügung diese heute in meiner Gegenwart eigenhändig unterschrieben hat und dass ich an seiner Fähigkeit zu einer freien und selbstbestimmten Entscheidung keinen Zweifel habe.

Gerda Treugold

Geboren: 15.01.1966 / Anschrift: Fronstr. 12 - 12345 Musterstadt
Telefon: 012341234567 Mobil: 01231234570

Unterschrift mit Ort und Datum der Zeugin Gerda Treugold

Regelmäßige Bestätigungen oder Ergänzungen oder Änderungen

Ich bestätige, ergänze, ändere heute meine vorstehende Willenserklärung:

Datum: Unterschrift.....

Ich bestätige, ergänze, ändere heute meine vorstehende Willenserklärung:

Datum: Unterschrift.....

Ich bestätige, ergänze, ändere heute meine vorstehende Willenserklärung:

Datum: Unterschrift.....

Ich bestätige, ergänze, ändere heute meine vorstehende Willenserklärung:

Datum: Unterschrift.....

Patientenverfügung Individuell erstellt am 27.4.2014 mit RuVer, dem Rechnerunterstützten Verfügungsassistenten des Betreuungsvereins der Diakonie Krefeld & Viersen. - <http://ruver.de/>