

Patientenverfügung

Ich,

Günter Ehrlich

Geboren: 29.12.1945 / Anschrift: Remscheider Str 411 - 12345 Musterstadt
Telefon: 012341234567 Mobil: 01231234571

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.

Einschränkungen religiöser Art:

Keine

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 Kollegen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Fest zu setzen, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein muss, das ich aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber nicht sicher ist.
- Wenn ich in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfe nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen
- Wenn meine Bewusstlosigkeit (Z. B. Koma, Locked-in-Syndrom) länger andauert als: sechs Monate.

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.

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 Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

Künstliche Beatmung:

- 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:

- Zur Sicherung von Infusionsschläuchen und ähnlichen Maßnahmen erlaube ich Fäustlinge oder Overalls.
- 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:

- Meinen Bevollmächtigten.

Abschnitt 3

Lebensende

Ort an meinem Lebensende:

- Ich möchte in ein Krankenhaus verlegt werden, das auch für Palliativmedizin eingerichtet ist.
- Ich möchte, wenn irgend möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- Ich möchte zu Hause ambulant palliativmedizinisch behandelt werden.
- Ich möchte, wenn möglich, in einem Hospiz sterben.
- Ich weiß, dass nicht jeder Wunsch erfüllbar ist, darum sollen die Bevollmächtigten aus den angegebenen Wünschen die geeignete Wahl treffen.

Organspende

- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Beistand:

Ich möchte Beistand durch folgende Personen:

Durch meine Familie.

Ich möchte Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

Der Katholischen Kirche.

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 Bevollmächtigten sollen 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 meinen 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.

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung dient diese Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen:

Ich bitte um ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten, solange eine Aussicht auf Heilung besteht oder eine Behandlung chronischer oder schwerer Krankheiten möglich ist, die mir Lebensqualität und Lebensfreude erhält.

An mir sollen keine lebensverlängernden Maßnahmen vorgenommen werden, wenn nach bestem ärztlichem Wissen und Gewissen festgestellt wird, dass jede lebenserhaltende Maßnahme ohne Aussicht auf Besserung ist und mein Sterben nur verlängern würde. Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Beschwerden, wie z. B. Schmerzen, Unruhe, Angst, Atemnot oder Übelkeit, gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendige Therapie eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist. Ich möchte in Würde und Frieden sterben können.

Die mich betreuenden Ärzte, Pflegenden und nächsten Angehörigen sollen meine Wünsche, Werte, Hoffnungen und Verfügungen zur Grundlage ihrer Entscheidung machen. Sie sollen sich an diesen Werten und Verfügungen orientieren und nicht an dem, was medizinisch und technisch machbar ist. Sie sollen sich auch nicht daran orientieren, was andere Menschen oder was sie selbst für sich in vergleichbarer Situation wünschen würden. Vor allem wünsche ich, dass natürliche Vorgänge von Sterbeprozessen und unheilbare zum Tode führende Krankheiten im Endstadium akzeptiert und höher gewertet werden als die medizinischen Möglichkeiten einer zeitlichen Verlängerung meines Lebens.

Information/Beratung:

- Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bzw. beraten lassen durch Mitarbeiter des Betreuungsvereins.

Eine Erklärung meines voraussichtlichen Krankheitsverlaufes habe ich zur Grundlage meiner Entscheidung gemacht und dieser Patientenverfügung angefügt.

Die Einhaltung dieser Patientenverfügung sollen sicherstellen:

Paula Ehrlich
Geboren: 17.09.1948 / Anschrift: Remscheider Str 411 - 12345 Musterstadt
Telefon: 012341234567 Mobil: 01231234572

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

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 Günter Ehrlich

Zustimmung:

Ich kenne diese Patientenverfügung. Die Willensbekundungen des Verfügenden werde ich befolgen.

Unterschrift mit Ort und Datum Paula Ehrlich

Unterschrift mit Ort und Datum 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/>