

Name, Vorname

geboren am

zu Hause in Straße

Wohnort

Patientenverfügung

1. Die Patientenverfügung gilt unter den folgenden Bedingungen: Ich bin so schwer erkrankt, dass es nur wenig Hoffnung auf Heilung gibt. Hierfür brauche ich noch keine Patientenverfügung. Meine Vorstellungen über die Behandlung kann ich ja nun gerade mit meinen Ärzten selbstverantwortlich besprechen.

Sollte ich aber noch geschäftsunfähig werden, ist eine Patientenverfügung dringend angeraten. Selbstverantwortliche Besprechungen mit meinen Ärzten gehen ja nun gerade nicht mehr. **Deshalb schreibe ich heute in dieser Patientenverfügung, was ich später vielleicht nicht mehr sagen kann.**

Erklärung: Geschäftsunfähig? Was ist das? Die Fähigkeit, eigenverantwortlich Entscheidungen zu treffen und mit meinen Mitmenschen in Kontakt zu treten sind nach ärztlicher Einschätzung unwiederbringlich erloschen. Dieser Zustand kann Folge irreparabler Hirnschäden durch Alterungsprozesse, innerer Erkrankungen oder äußerer Gewalteinwirkungen sein.

2.a Wie wünsche ich mir, in dieser Situation behandelt zu werden? Obwohl Besserung oder gar Heilung wenig wahrscheinlich sind, will ich die Hoffnung nicht aufgeben, dass mir die moderne Medizin weiterhelfen und mein Leben erhalten kann. **Solange ein Fünkchen Hoffnung besteht, will ich mit allen verfügbaren Mitteln behandelt werden. Ja / Nein**

2.b Falls sich meine Hoffnungen nicht erfüllen, sollen ursachenbezogene Behandlungen eingestellt werden. Das Ziel der ärztlichen Behandlung soll sich dann auf Linderung meiner Beschwerden beschränken. (palliativmedizinische Behandlung). **Ja / Nein**

Erklärung: Damit ist der Einsatz angemessen dosierter Medikamente gemeint: Behandlung von Schmerzen, Unruhe, Luftnot, Angst und Panik, Erbrechen und anderer subjektiv quälender Zustände. Die durch Medikamente verursachte mögliche Verkürzung meines Lebens nehme ich bewusst in Kauf.

2.c Von der Krankenpflege erwarte ich menschliche Zuwendung, Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr auf natürlichem Wege, allgemeine Körperpflege, Hautpflege und Lagerung zur Verhinderung des Wundliegens, Mundpflege zur Vermeidung von Austrocknung der Mundschleimhäute und die Regelung der Blasen- und Darmfunktion.

Patientenverfügung Seite 2

3. Unter diesen Bedingungen ist ein würdevolles Leben mit der Chance auf Besserung so unwahrscheinlich, dass ich meinem Ende entgegensehen muß. Ich will sterben dürfen und lehne lebenserhaltende bzw. leidensverlängernde Maßnahmen ab.

Wiederbelebungsmaßnahmen, künstliche Beatmung und Dialyse, Gabe von Blutbestandteilen, jede Art einer ursachenbezogenen Behandlung wie z.B. Antibiotika- oder Chemotherapie, es sei denn, sie diene der Linderung von Beschwerden, jede Art der künstlichen Ernährung mit der Magensonde durch Nase oder Mund, als PEG (durch die Bauchwand) oder als Infusion. Das gleiche gilt auch für die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit.

Infusionstherapie zum Zweck der palliativen Medikamentenzufuhr stimme ich hingegen zu.

4. Als Sterbender wünsche ich mir Begleitung:

Ich möchte meine engsten Vertrauten um mich haben **Ja/Nein**

Ich wünsche mir Hilfe vom Hospizdienst und **Ja/Nein**

von meinem Seelsorger **Ja/Nein**

5. Zusätzliche Erläuterungen zu meiner Patientenverfügung können als Bestandteile derselben hinzugefügt werden: z.B. persönliche Wertvorstellungen im Zusammenhang mit Leben und Sterben.

6. Ich will nach meinem Tod Organe oder Gewebe zu Transplantationszwecken zur Verfügung zu stellen.

(Organspenderausweis).

Ja/Nein

Erklärung: Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntodes bei künstlich aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich für den Fall einer Organ- oder Gewebeentnahme die kurzfristige Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen (24 Stunden) zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Gewebeentnahme.

7. Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung in Kenntnis der medizinischen Situation, der rechtlichen Bedeutung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in Zukunft eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht selbst schriftlich oder mündlich widerrufen habe. Zur Bekräftigung meines Willens werde ich in Zukunft diese Verfügung immer wieder neu unterschreiben. (siehe Punkt 9)

Patientenverfügung Seite 4

Zusätzlich zur Patientenverfügung habe ich eine **Vorsorgevollmacht** verfasst und deren Inhalt mit der von mir bevollmächtigten Personen besprochen. **Ja/Nein**

Achtung! Das Original der Vorsorgevollmacht gehört erst dann in die Hand des Bevollmächtigten, wenn er seine Aufgaben als Bevollmächtigter erfüllen soll.

| | |
|----------------------|---|
| 1. Bevollmächtigter | Falls die bevollmächtigte Person nicht in der Lage sein sollte, diese Aufgabe zu erfüllen, soll folgende Person mein Bevollmächtigter sein. |
| Name, Vorname | Name, Vorname |
| Anschrift | Anschrift |
| Telefon/Mobiltelefon | Telefon/Mobiltelefon |

und / oder

Zusätzlich zur Patientenverfügung habe ich eine **Betreuungsverfügung** verfasst, in der ich die Vertrauensperson benenne, die ich mir als Betreuer wünsche. **Ja/Nein**

Die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung ist Aufgabe des Vormundschaftsgerichts (hier am Amtsgericht Neustadt).

| | |
|----------------------|--|
| Betreuer | Falls der von mir gewünschte Betreuer nicht in der Lage sein sollte, diese Aufgabe zu erfüllen, soll folgende Person mein Betreuer sein. |
| Name, Vorname | Name, Vorname |
| Anschrift | Anschrift |
| Telefon/Mobiltelefon | Telefon/Mobiltelefon |

Patientenverfügung Seite 5

Hinweise zum Umgang mit diesen Dokumenten: Die Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und die Betreuungsverfügung bewahren Sie am besten zu Hause zusammen mit Ihren wichtigsten Dokumenten wie z.B. Testament, Versicherungspolice auf. Kopien der Patientenverfügung sollten sie bei Ihren Angehörigen, Ihrem Bevollmächtigten sowie beim Arzt hinterlegen, die Vorsorgevollmacht behalten Sie als Original unter Verschluss, eine Kopie davon geben Sie ihrem zukünftigen Bevollmächtigten. Dass Sie eine Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung haben, sollte im Notfall erkennbar sein. Legen Sie sich das orange Kärtchen mit den entsprechenden Vermerken in die Brieftasche oder ins Portemonnaie.

Ihr beratender Arzt im FwZ Freiwilligenzentrum Neustadt a. Rbge. e.V.

zum Thema Patientenverfügung etc.

Dr.med. Hans Jörg Hirsch, Arzt für Allgemeinmedizin