

Patientenverfügung

der / des

Name, Vorname

geboren am
wohnhaf in

Die **Patientenverfügung** gilt unter den unter Punkten 1 a. und 1 b. beschriebenen Bedingungen.

- 1a. Nach derzeitigem medizinischem Kenntnisstand bin ich so schwer erkrankt, dass es keine Hoffnung auf Heilung mehr gibt. Oder anders ausgedrückt: ich befinde mich im Sterbeprozess, gleich ob der Tod kurzfristig oder später eintreten wird.
 - 1b. Ich bin geschäftsunfähig: meine Fähigkeiten, eigen verantwortliche Entscheidungen zu treffen und mit meinen Mitmenschen in Kontakt zu treten, sind nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen. Dieser Zustand kann Folge irreparabler Hirnschäden durch Alterungsprozesse, innerer Erkrankungen oder äußerer Gewalteinwirkungen sein.
2. Wie wünsche ich, in dieser ausweglosen Situation behandelt zu werden?
- a. Da Besserung oder gar Heilung nicht mehr zu erwarten sind, gibt es auch keine Hoffnung mehr auf eine ursachenbezogene Therapie. Deshalb soll das Ziel der ärztlichen Behandlung die Linderung meiner Beschwerden sein (palliativmedizinische Behandlung): das heißt: Einsatz angemessen dosierter Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Unruhe, Luft not, Angst und Panik, Erbrechen und anderer subjektiv quälender Zustände.
Die durch Medikamente verursachte mögliche Verkürzung meines Lebens nehme ich bewusst in Kauf. **(Ja/Nein)**
 - b. Von der Krankenpflege erwarte ich neben menschlicher Zuwendung Nahrungs-, und Flüssigkeitszufuhr auf natürlichem Wege, allgemeine Körperpflege, Hautpflege Lagerung zur Verhinderung des Wundliegens, Mundpflege zur Vermeidung von Austrocknung der Mundschleimhäute, die Regelung der Blasen- und Darmfunktion **(Ja/Nein)**
3. In meiner ausweglosen Situation will ich sterben dürfen und verweigere jede Art einer Lebens- und zugleich leidensverlängernden Behandlung: **(Ja/Nein)**
- a. Wiederbelebungsmaßnahmen, künstliche Beatmung und Dialyse **(Ja/Nein)**
 - b. Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, **(Ja/Nein)**
 - c. jede Art einer ursachenbezogenen Behandlung wie z.B. Antibiotika- oder Chemotherapie, es sei denn, sie diene der Linderung von Beschwerden. **(Ja/Nein)**
 - d. jede Art der künstlichen Ernährung mit der Magensonde durch Nase oder Mund oder als PEG (durch die Bauchwand) oder mit Infusionen. **(Ja/Nein)**
Das gleiche gilt auch für die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit.
 - e. Infusionstherapie zum Zweck der Medikamentenzufuhr stimme ich hingegen zu. **(Ja/Nein)**
 - f. Falls meine Beschwerden auf ambulante Weise nicht ausreichend gelindert werden können, bin ich mit der vorübergehenden Unterbringung in einer Klinik zur Neueinstellung oder Umstellung der Therapie einverstanden. **(Ja/Nein)**
4. Als Sterbender wünsche ich mir Begleitung: **(Ja/Nein)**
- a. Ich möchte in den Armen meiner Familie sterben. **(Ja/Nein)**
 - b. Ich wünsche mir Hilfe für mich und meine Familie vom Hospizdienst, von meinem Seelsorger. **(Ja/Nein)**

Patientenverfügung Seite 2

5. Zusätzliche Erläuterungen zu meiner Patientenverfügung sind Bestandteile derselben und haben die gleiche rechtliche Geltung. Hier kann ich auch meine Vorstellungen über mein Verhältnis zur Organspende äußern. Falls ich entschlossen bin, nach meinem Tod meine Organe zu Transplantationszwecken zur Verfügung zu stellen, vermerke ich das hier. Außerdem ist das in meinem Organspenderausweis dokumentiert. **(Ja/Nein)**

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntodes bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich für den Fall, dass bei mir eine Organspende in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens Tage) dauernde Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

6. 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 der akuten Situation eine Änderung meines Willens unterstellt werde, solange ich diesen nicht ausdrücklich und schriftlich oder mündlich widerrufen habe. Zur Bekräftigung meines Willens werde ich in Zukunft diese Verfügung immer wieder neu unterschreiben (siehe Punkt 8).

Ich gebe diese Erklärung frei und ohne Zwang und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte ab. Den Inhalt der Verfügung habe ich mit dem Arzt meines Vertrauens besprochen. Sollten Probleme auftreten, die Entscheidungen über das weitere Vorgehen erfordern, verlange ich von den behandelnden Ärzten, den Arzt meines Vertrauens anzuhören.

Ort, Datum

meine Unterschrift

7. Erklärung der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes: Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich von dieser Patientenverfügung Kenntnis erlangt und deren Inhalt mit meiner Patientin / meinem Patienten ausführlich erörtert habe. Sie / Er hat diese Patientenverfügung in klarer Orientierung und Unabhängigkeit unterschrieben.
Ort, Datum, Unterschrift und Arztstempel

8. Ich bestätige erneut durch meine Unterschriften (im Abstand von etwa 2 bis 3 Jahren), dass diese Verfügung auch weiterhin meinem Willen entspricht.

Ort, Datum Unterschrift		Ort, Datum, Unterschrift	
Ort, Datum Unterschrift		Ort, Datum, Unterschrift	
Ort, Datum Unterschrift		Ort, Datum, Unterschrift	
Ort, Datum Unterschrift		Ort, Datum, Unterschrift	
Ort, Datum Unterschrift		Ort, Datum, Unterschrift	
Ort, Datum Unterschrift		Ort, Datum, Unterschrift	

Patientenverfügung Seite 3

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

Oder

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

Die gesetzliche Betreuung wird vom Vormundschaftsgericht (hier am Amtsgericht Neustadt) erteilt.

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

Hinweise zum Umgang mit der Patientenverfügung: Die Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht und die Betreuungsverfügung bewahren Sie am besten zu Hause zusammen mit Ihren wichtigsten Dokumenten wie z. B. Testament, Versicherungspolicen usw. 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. Legten Sie sich das orange Kärtchen mit den entsprechenden Vermerken in die Brieftasche oder ins Portemonnaie.

Ihr beratender Arzt im FwZ Freiwilligenzentrum Neustadt e.V.
zum Thema Patientenverfügung etc.
Dr.med. Hans Jörg Hirsch
Arzt für Allgemeinmedizin i.R.