

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 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Wenn ich mich nach ärztlicher Diagnose aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • 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"/> |
| • 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 Hirn-
abbauprozesses (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 be-
urteilt werden.
- _____

**2. In sämtlichen von mir unter Punkt 1 mit „JA“ ange-
kreuzten 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 Todeszeit-
punkt 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. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Ich wünsche, wenn andere medizinische Mittel keine Linderung bringen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Eine dadurch evtl. bedingte Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● | | |

Künstliche Ernährung

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ● Ich wünsche eine künstliche Ernährung, gleich auf welchem Weg oder in welcher Form. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Ich wünsche enterale Ernährung (direkt in den Magen), keine parenterale (in die Venen). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Ich wünsche eine verminderte Ernährung nach ärztlichem Ermessen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● | | |

Künstliche Flüssigkeitszufuhr

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ● Ich wünsche eine künstliche Flüssigkeitszufuhr. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Ich wünsche eine verminderte Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● | | |

Künstliche Beatmung

JA NEIN

- Ich wünsche eine künstliche Beatmung.
- Ich wünsche keine künstliche Beatmung, aber die Linderung von Atembeschwerden mit Medikamenten und pflegerischen Methoden.
-

Wiederbelebungsmaßnahmen

JA NEIN

- Ich wünsche Wiederbelebungsmaßnahmen.
-

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:

.....

.....

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

Dieser befindet sich bei/in:

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.

Lined writing area consisting of 28 horizontal lines.

Ort, Datum

Unterschrift

Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

die Patientenverfügung vom (Datum) im Vollbesitz
seiner/ihrer geistigen Kräfte verfasst hat und einsichtsfähig 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 behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin