

Patientenverfügung

I. Personalien

Vor- und Zuname _____

Geburtsdatum _____

Straße/ Hausnummer _____

Telefon _____

PLZ/ Wohnort _____

II. Hiermit bestimme ich:

- Die nachfolgenden Erklärungen gebe ich im Vollbesitz meiner geistigen Fähigkeiten und nach sorgfältiger Überlegung ab. Ich habe mich umfassend informiert (u.a. durch ein Tagesseminar bei der Hospizhilfe Bremen e.V.) und bin mir über den Inhalt und die Tragweite meiner Erklärungen bewusst.

- Auf eine ärztliche Aufklärung bei der Erstellung dieser Patientenverfügung verzichte ich ausdrücklich.

Ja Nein

- Mein Arzt _____ hat mit mir ein Aufklärungsgespräch über die Tragweite meiner unten getroffenen Verfügungen geführt.

Ja Nein

- Das Leben hat für mich einen hohen Wert. Aber alles Leben, auch mein Leben, hat einen Anfang und ein Ende. Ich möchte selber entscheiden dürfen, ob mein Leben mit den Mitteln der modernen Apparatedizin künstlich aufrechterhalten und mein Sterben verlängert wird oder ob meinem Krankheits- bzw. Sterbevorgang sein natürlicher Verlauf gelassen wird.
- Über mein Lebenmüssen oder Sterbendürfen soll nach meinen eigenen Wünschen und Werten - wie sie in dieser Patientenverfügung zum Ausdruck kommen - entschieden werden und nicht nach den Wertvorstellungen der mich behandelnden Ärzte, meiner Angehörigen oder sonstiger Personen. Was sie selbst für sich in vergleichbaren Situationen wünschen oder was sie vernünftig finden, darf für mein Lebensende keine Bedeutung haben.

III. Verfügungen für meine medizinische Versorgung und Betreuung

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, meine Angelegenheiten selber zu regeln, treffe ich die nachfolgenden Verfügungen.

1. Diese Verfügungen gelten in folgenden Situationen:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
Ja Nein
- Wenn ich mich im Endstadium einer tödlich verlaufenden und unheilbaren Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
Ja Nein
- Wenn in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen sind, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigungen z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung etc. ebenso wie auch für indirekte Gehirnschädigungen z.B. nach Wiederbelebung etc. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen meine Empfindungsfähigkeit erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.
Ja Nein
- Wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
Ja Nein
- Wenn ich mich länger als _____ Monate im Zustand der Bewusstlosigkeit, im Koma oder Wachkoma befinde.
Ja Nein

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

2. In diesen soeben unter Punkt 1 beschriebenen Situationen wünsche ich:

- Ärztliche Maßnahmen zur Linderung von Beschwerden, insbesondere die Gabe von Medikamenten zur Bekämpfung von Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen, Atemnot, Unruhe, Angst, Schlaflosigkeit.
Ja Nein

Ich verlange ausdrücklich, dass alle Möglichkeiten der modernen Schmerztherapie ausgeschöpft werden, so dass ich so weit wie möglich ohne körperliche Schmerzen sein kann.

Ja Nein

Ich wünsche auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen.

Ja Nein

Das mögliche Risiko einer durch Schmerztherapie oder Gabe von bewusstseinsdämpfenden Mitteln hervorgerufenen Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich als ungewollte Nebenwirkung in Kauf.

Ja Nein

- Lindernden pflegerischen Beistand, insbesondere auch Maßnahmen der Körper- und Mundpflege zur Linderung des Durstgefühls.

Ja Nein

- Ich möchte nach Möglichkeit in Nähe und Kontakt mit meinen Angehörigen / mit mir nahe stehenden Menschen sterben können.

Ja Nein

- Ich möchte durch einen Hospizdienst / Seelsorger begleitet werden.

Ja Nein

- Ich wünsche meine letzten Tage und Stunden in einer mir vertrauten Umgebung / in einem stationären Hospiz zu verbringen.

Ja Nein

In den oben unter Punkt 1 beschriebenen Situationen wünsche ich ferner:

- Die Unterlassung jeglicher lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen, die nur meinen Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern.

Ja Nein

Sollten solche Maßnahmen bereits eingeleitet worden sein, so bestehe ich auf dem Abbruch dieser Maßnahmen.

Ja Nein

Mit intensivtherapeutischen Maßnahmen bin ich nur einverstanden, wenn diese der Leidensminderung dienen.

Ja Nein

- Die Unterlassung der Behandlung von Begleiterkrankungen, insbesondere lehne ich dabei die Gabe von Antibiotika, Bluttransfusionen, Dialyse, künstliche Beatmung (unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte) und sonstige Medikation ab. Diese Maßnahmen sollen nur zulässig sein, wenn sie zur Leidens- bzw. Schmerzlinderung unbedingt notwendig sind.

Ja Nein

- Die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung. Ja Nein

- Die Unterlassung der Verständigung eines Notarztes. Sollte dieser bereits hinzugezogen worden sein, so ist er unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen zu informieren. Ja Nein

- Die Unterlassung künstlicher Ernährung, wie z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke oder Ernährung über die Venen. Ja Nein

Wenn ich nach ärztlichem Ermessen kein Durstgefühl habe, die Unterlassung / Reduzierung von künstlicher Flüssigkeitszufuhr, außer wenn diese für die medikamentöse Behandlung von Schmerzen oder Beschwerden erforderlich ist.

Ja Nein

- Zusätzliche Erläuterung und Verfügung zu der oben unter Punkt 1 genannten vierten Situation (Demenz u.a.).

Sollte ich an einer langsam zunehmenden schleichenden Erkrankung des Gehirns wie zum Beispiel Altersdemenz oder Alzheimer-Krankheit leiden, so verfüge ich, dass auf keinen Fall jemals eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr weder über eine Magensonde (sei es durch die Nase, den Mund oder die Bauchdecke) noch über die Venen stattfinden darf.

Ich weiß, dass ich dann an mangelnder Flüssigkeitszufuhr entsprechend dem natürlichen Gang dieser Krankheit versterben werde. Dies ist mein Wunsch. Ich will in einem solchen Falle keine Verlängerung dieser ansonsten womöglich extrem langsam zum Tode führenden Krankheiten durch künstliche Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit. Solange ich über den Löffel ernährt werden kann, also beim Füttern mitwirke, soll dies geschehen. Eine mangelnde Mitwirkung, sei es aus Protest oder sei es unbewusst, darf auf keinen Fall künstlich ersetzt werden.

Sollte ich in einem Krankheitszustand, wie ich ihn soeben geschildert habe (Demenz oder Alzheimer-Krankheit oder vergleichbare Krankheiten) von selber oder auf Befragung meine soeben festgelegte Patientenverfügung widerrufen, so verlange ich, das durch das Gutachten eines Facharztes für Neurologie oder Psychiatrie festgestellt wird, dass ich die notwendige Einsicht für diesen Widerruf sicher noch habe. Sollte dies nicht sicher sein, so hat es bei meiner in dieser Patientenverfügung niedergelegten Entscheidung zu verbleiben.

Ja Nein

Meine Patientenverfügung soll im Falle einer schweren Demenz auch gelten, wenn ich zufrieden wirke und eine scheinbar kreatürliche Freude am Leben zeige, unabhängig davon, wie meine Angehörigen mich empfinden oder wie ihre Meinung dazu ist.

Ja Nein

- Ich möchte - entsprechend Punkt 1, Situation 5 - nicht länger als Monate künstlich am Leben erhalten werden. Alle bereits eingeleiteten Maßnahmen der künstlichen Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr sind nach Ablauf dieser Zeit abzubrechen.

Ja Nein

- Falls die Schulmedizin an ihre Grenzen stößt, möchte ich eine Ergänzung meiner Behandlung durch alternative Heilmethoden.

Ja Nein

3. Alle medizinischen Prognosen sind von einem erfahrenen Arzt / zwei erfahrenen Ärzten gemeinsam zu treffen. Unter dem Begriff „aller Wahrscheinlichkeit nach“ (siehe Seite 3, Ziffer III 1, Punkt 1. und 3.) verstehe ich eine Wahrscheinlichkeit von mindestens %.

4. Ich lege ferner fest:

- Ich wünsche auch mit neuen Methoden und Medikamenten behandelt zu werden, die sich noch in der klinischen Erprobung befinden.

Ja Nein

- Ich akzeptiere fremdes Gewebe und Organe.

Ja Nein

- Im Falle des Hirntodes stimme ich einer Organentnahme zu.

Ja Nein

Sollten dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden müssen, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, gehen die Bestimmungen meiner Patientenverfügung vor / geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

5. Maßnahmen, die dieser Verfügung widersprechen, verweigere ich ausdrücklich meine Zustimmung.

6. Ärzte, die sich nicht an meine Patientenverfügung halten können oder wollen, fordere ich auf, die Behandlung an andere Ärzte abzugeben.

Von meinen Bevollmächtigten erwarte ich, dass sie meine weitere Behandlung so organisieren, dass meinem Willen entsprochen wird.

7. Sollte meine Patientenverfügung missachtet werden, so bitte ich meine Bevollmächtigten um die Einleitung von strafrechtlichen, standesrechtlichen und zivilrechtlichen Maßnahmen.

Ja Nein

Ärzte die vorstehenden Verfügungen Folge leisten, handeln im Sinne des geltenden Rechts.

8. In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Die letzte Entscheidung liegt bei meinem / meinen Bevollmächtigten bzw. meinem Betreuer / den behandelnden Ärzten.

9. Ich unterschreibe diese Verfügung als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes und in dem Wissen, dass ich sie jederzeit abändern oder widerrufen kann. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine mögliche Änderung meines hier bekundeten Willens unterstellt wird. Sollte ich meine Meinung ändern, werde ich dafür sorgen, dass mein geänderter Wille erkennbar (schriftlich oder nachweislich mündlich) zum Ausdruck kommt.

Im Zweifelsfall liegt die letzte Entscheidung bei meinem / meinen Bevollmächtigten bzw. meinem Betreuer / den behandelnden Ärzten.

Zur Unterstreichung meines hier geäußerten Willens werde ich meine Patientenverfügung im Abstand von 1 bis 2 Jahren schriftlich bestätigen.

Ich habe zusätzlich zu dieser Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt, mein Bevollmächtigter / meine Bevollmächtigten wissen um den Inhalt dieser Patientenverfügung.

Ja Nein

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
-----	-------	--------------

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------