



PATIENTENVERFÜGUNG

Ich wünsche einen würdigen Tod und bitte meine Ärzte und Ärztinnen, Angehörige, Pflegerinnen und Pfleger, mir dabei beizustehen.

Für den Fall, dass ich,

.....
geboren am:

.....
wohnhaft in:

.....
meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes (Es muss Ja oder Nein angekreuzt werden, das Angekreuzte gilt):

1. Situationen, in denen diese Verfügung gilt:

Ja Nein **Wenn** ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

Ja Nein **Wenn** ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Ja Nein **Wenn** ich infolge einer Gehirnschädigung, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte dauerhaft nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu bilden und verständlich zu äußern, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen.

Ja Nein **Wenn** ich in Folge eines sehr weit fort geschrittenen 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.

Weitere Situationen

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

2. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich, mein Leben in Würde vollenden zu können. Dazu verzichte ich auf folgende Maßnahmen:

ja Nein **Alle Maßnahmen, die zum Zweck der Lebenserhaltung bzw. Lebensverlängerung eingesetzt werden** und nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie z.B. maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.

Ja Nein **Alle Wiederbelebungsmaßnahmen.**

Ja Nein

Ja Nein **Diagnostische Maßnahmen**, die keine Therapie mehr zur Folge haben.

Ja Nein **Künstliche Ernährung** (weder über eine Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene)

Ja Nein **Flüssigkeitsgabe** (außer bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung)

Ja Nein Sollte ich Träger eines **Defibrillators** sein, so ist dieser zu **deaktivieren**.

Ja Nein **Therapeutische Maßnahmen**, die eine lindernde Wirkung haben.

Ja Nein **Lindernde pflegerische Maßnahmen**, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls.

Ja Nein **Lindernde ärztliche Maßnahmen**, insbesondere Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Atemnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und andere quälende Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf.

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.

Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name.....

Anschrift.....

Telefon

Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte und Ärztinnen von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

Name.....

.....

Wenn möglich wünsche ich in meiner letzten Lebenszeit eine Begleitung durch

Name.....

.....

Ich wünsche außerdem Beistand

Ja Nein von meiner Kirche/Glaubensgemeinschaft

.....
 Ja Nein durch einen Hospizdienst

.....
 Ja Nein Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person/en besprochen.

Bevollmächtigte(r)

Name.....

Anschrift.....

Telefon

Bevollmächtigte(r)

Name.....

Anschrift.....

Telefon

Ja Nein Ich habe anstelle einer Vollmacht eine Betreuungsverfügung erstellt.

Ja Nein Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe.

Mir ist bewusst, dass ich an lebens- bzw. organerhaltende Geräte angeschlossen werde, falls ich der Organspende zugestimmt habe.

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Willens. Darum wünsche ich, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit keine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diese Verfügung nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

