

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich,

.....
Vorname

.....
Nachname

.....
Geburtsdatum

wohnhaft in:

Telefon:

**meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann,
bestimme ich Folgendes:**

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt bzw. unten beigefügt)

- mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde
- wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst 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. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich infolge eines sehr 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.
- unter chronischen Schmerzen leide, die auf Dauer nicht anders zu kontrollieren sind als durch einen Zustand der Bewusstlosigkeit oder künstliche Beatmung.
- wenn die hier genannte Situation eintritt (eigene Beschreibung der Anwendung):

.....
.....
.....
.....



2. Meine Werte und Wünsche, mein Lebensbild

Mein Leben empfinde ich als ein Geschenk. Wenn eines Tages mein Leben dem Ende zugeht, so erwarte ich von allen, die mir beizustehen versuchen, dass sie sich bei ihren Entscheidungen an meinen Verfügungen und Werten orientieren. Sie sollen sich weder vom eigenen Willen noch von dem, was medizinisch-technisch machbar ist, leiten lassen. Ich glaube, dass auch mein Sterben zu meinem Leben gehört, und möchte daher beim Eintreten meines Sterbeprozesses keine Verlängerung meines Lebens um ihrer selbst willen.

Persönliche Anmerkungen zu meinen Erfahrungen und Befürchtungen hinsichtlich Krankheit, Leid und Sterben:

.....
.....
.....
.....
.....

3. Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den unter 1. beschriebenen Situationen erwarte ich,

dass alles medizinisch Notwendige getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern: **JA** **NEIN**

auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden kann:

JA **NEIN**

oder

dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden und nur Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und andere belastende Symptome gelindert werden:

JA **NEIN**

3.2 Schmerz- und Symptombehandlung

In den unter 1. beschriebenen Situationen erwarte ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel, die mich in einen Zustand dauerhafter Bewusstlosigkeit versetzen: **JA** **NEIN**

oder

Ich akzeptiere, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten der Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel, die mich dauerhaft in einen Zustand der Bewusstlosigkeit versetzen:

JA **NEIN**

3.3. Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den unter 1. beschriebenen Situationen erwarte ich,

dass eine künstliche Ernährung und eine künstliche Flüssigkeitszufuhr begonnen und weitergeführt wird: **JA** **NEIN**

oder

die Unterlassung einer anhaltenden künstlichen Ernährung: **JA** **NEIN**

die Unterlassung einer anhaltenden künstlichen Flüssigkeitszufuhr: **JA** **NEIN**

die Reduktion künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen: **JA** **NEIN**



3.4 Künstliche Beatmung

In den unter 1. beschriebenen Situationen erwarte ich,

eine künstliche Beatmung, falls diese mein Leben verlängert: **JA** **NEIN**

oder

dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine eingeleitete Beatmung eingestellt wird, vorausgesetzt, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte: **JA** **NEIN**

3.5 Dialyse

In der unter 1. beschriebenen Situationen erwarte ich,

eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls diese mein Leben verlängern kann: **JA** **NEIN**

oder

dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird:
JA **NEIN**

3.6 Wiederbelebende Maßnahmen

In den unter 1. beschriebenen Situationen erwarte ich,

in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung:
JA **NEIN**

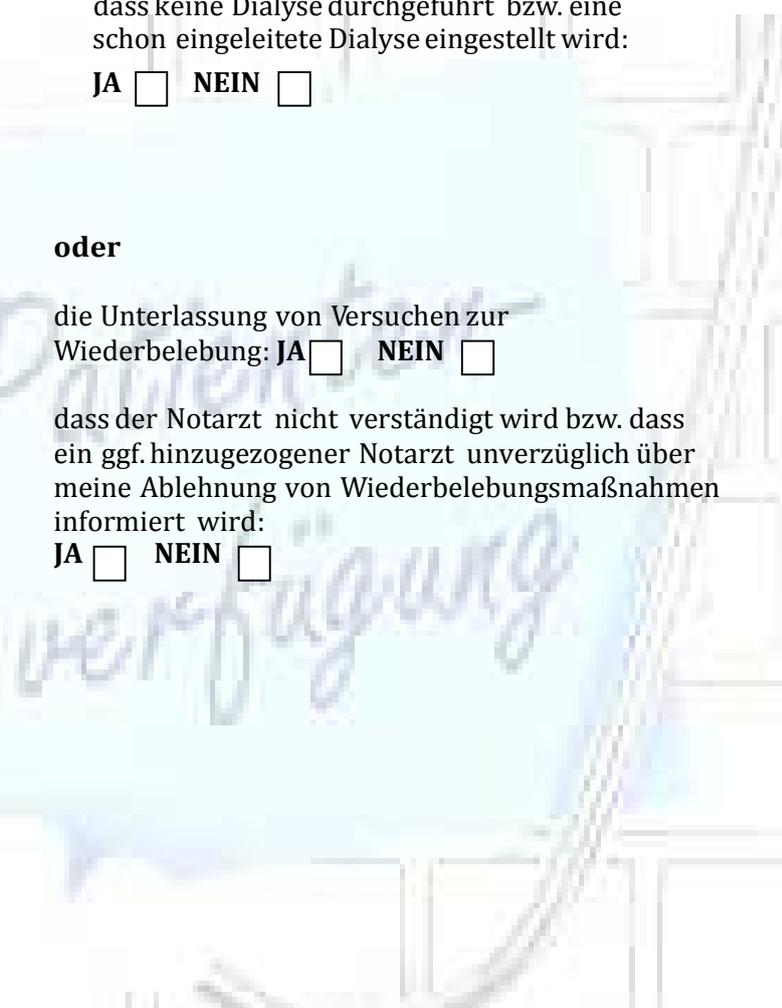
oder

die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung: **JA** **NEIN**

dass der Notarzt nicht verständigt wird bzw. dass ein ggf. hinzugezogener Notarzt unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird:
JA **NEIN**

Persönliche Ergänzungen zu gewünschten oder abgelehnten Maßnahmen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



4. Aufenthalt und Beistand

- Ich möchte in meiner letzten Lebensspanne wenn irgend möglich in meiner vertrauten Umgebung verbleiben.
- wenn möglich in ein Hospiz oder eine Pflegeeinrichtung verlegt werden.

- ins Krankenhaus verlegt werden.
- Ich wünsche mir in diesem Lebensabschnitt seelsorgerische Betreuung.
- Ich möchte das Sakrament der Krankensalbung empfangen.



Persönliche Ergänzungen zur Unterbringung und Begleitung:

.....
.....
.....
.....
.....

5. Verbindlichkeit

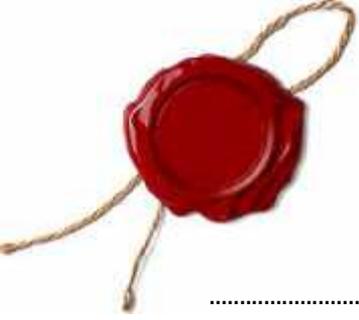
Ich erwarte, dass der in dieser Patientenverfügung geäußerte Wille befolgt wird und der von mir benannte Bevollmächtigte Sorge für dessen Durchsetzung trägt.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln; dazu soll diese Verfügung maßgeblich sein.

Ich wünsche nicht, dass in einer unter 1. beschriebenen Situation eine Änderung meines Wille unterstellt wird – außer wenn aufgrund von meinen Gesten, Blicken oder anderen Äußerungen Zweifel entstehen; dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten mein mutmaßlicher, aktueller Wille zu ermitteln.

Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereits sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin/meinem Vertreter - z.B. Bevollmächtigte/Bevollmächtigter wie in der Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten bestimmt oder Betreuerin/Betreuer - erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen hat.





6. Vorsorgevollmacht

Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte erteile ich hiermit

.....
Vorname Nachname Geburtsdatum

.....
PLZ, Wohnort Straße, Haus-Nr. Telefon

und bei Verhinderung der erstgenannten Person

.....
Vorname Nachname Geburtsdatum

.....
PLZ, Wohnort Straße, Haus-Nr. Telefon

die Vollmacht, mich in allen gerichtlichen und außergerichtlichen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Diese Vollmachtserteilung soll eine gerichtlich angeordnete Betreuung vermeiden. Sie bleibt in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte, und soll über meinen Tod hinaus in Geltung bleiben.

6.1 Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

Die o.g. Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge und einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege entscheiden und ist gehalten, sich dabei an dem in meiner Patientenverfügung geäußerten Willen zu orientieren.

ja nein

Sie darf, ausdrücklich auch in medizinische Eingriffe und Entscheidungen zu medizinischen Maßnahmen mit erhöhtem Risiko, die nach § 1904 BGB der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bedürfen, einwilligen und dem Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen zustimmen.

ja nein

Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber der bevollmächtigten Person von ihrer Schweigepflicht.

ja nein

Sie darf, solange dies zu meinem Wohl erforderlich ist, über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung und freiheitsentziehenden Maßnahmen gemäß 1906 BGB entscheiden.

ja nein

6.2 Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus meinem Mietvertrag (inklusive einer Kündigung) wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen und einen Heimvertrag abschließen.

ja nein



6.3 Vermögenssorge

Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen im In- und Ausland vornehmen.

ja nein

Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen dürfen: _____

(Achtung: Kreditinstitute verlangen meist eine Vollmacht auf bankeigenem Vordruck! Für Immobiliengeschäfte, Darlehensverträge und Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht notwendig!)

6.4 Post- und Fernmeldeverkehr

Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) entscheiden.

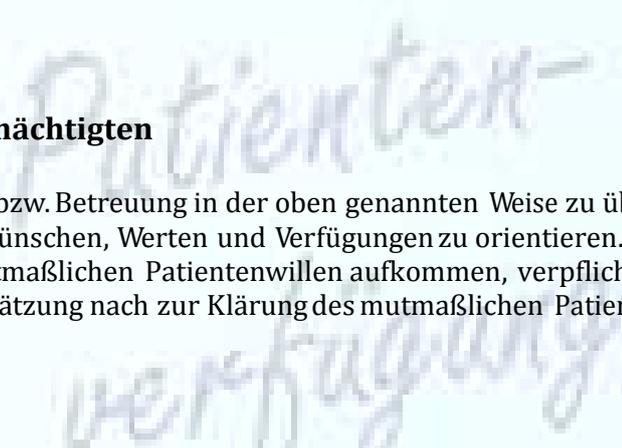
ja nein

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Person als rechtlichen Betreuer zu bestellen.

ja nein

Bestätigung durch die Bevollmächtigten

Hiermit bestätige ich, dass ich bereit bin, die Vollmacht bzw. Betreuung in der oben genannten Weise zu übernehmen und mich bei einer Entscheidung an den geäußerten Wünschen, Werten und Verfügungen zu orientieren. Sollte trotz der Beschreibungen in den Teilen 1 bis 5 Zweifel am mutmaßlichen Patientenwillen aufkommen, verpflichte ich mich, mich mit jenen Personen zu beraten, die meiner Einschätzung nach zur Klärung des mutmaßlichen Patientenwillens beitragen können.



1. Bevollmächtigte/r

2. Vertreter des Bevollmächtigten

.....
Unterschrift des Bevollmächtigten

.....
Unterschrift des Vertreters des Bevollmächtigten

.....
Ort, Datum



7. Betreuungsverfügung

Hiermit verfüge ich in Ergänzung zur vorangehenden Vollmachtserklärung oder anstelle einer Vollmachtserklärung, dass für den Fall, dass ich infolge von Krankheiten, Behinderung oder Unfall meine Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr besorgen kann und ein Betreuer als gesetzlicher Vertreter bestellt werden muss, folgende Person einzusetzen ist:

.....
Vorname Nachname Geburtsdatum

.....
PLZ, Wohnort Straße, Haus-Nr. Telefon

und bei Verhinderung der erstgenannten Person

.....
Vorname Nachname Geburtsdatum

.....
PLZ, Wohnort Straße, Haus-Nr. Telefon

Der Betreuer hat die in meiner Patientenverfügung geäußerten Erklärungen zu achten.

Auf keinen Fall soll zum Betreuer bestellt werden:

.....
Vorname Nachname Geburtsdatum

.....
PLZ, Wohnort Straße, Haus-Nr. Telefon



8. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen in allen sieben Punkten dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

Bei der Erstellung wurde ich beraten von (freiwillige Angabe).

*(Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben, Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.)

Mir ist die Möglichkeit der Änderung oder des Widerrufs dieser Verfügungen bekannt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Bestätigung durch einen Zeugen:

Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung unter den oben genannten Voraussetzungen vom Verfasser selbst unterschrieben wurde.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift



9. Hinterlegung und regelmäßige Aufrechterhaltung

Kopien dieser Patientenverfügung sind hinterlegt bei:

1. am:

2. am:

3. am:

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z.B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überbearbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt.

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Willen **nicht geändert** hat:

Ort, Datum / Unterschrift

Diese Karte mit Vorder- und Rückseite können Sie ausschneiden, ausfüllen und mit Ihren Ausweispapieren immer mitführen.



Tritt dieser Fall ein, bitte ich, umgehend mit der von mir bevollmächtigten Person **1** / Ärztin oder dem Arzt meines Vertrauens **2*** Kontakt aufzunehmen. * Bitte Nichtzutreffendes streichen

1 Name Tel.

.....
Anschrift

2 Name Tel.

.....
Anschrift

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, habe ich,

..... geb.

wohnhaft

vorsorglich eine Vollmacht / Betreuungsverfügung / Patientenverfügung* erstellt.

* Bitte Nichtzutreffendes streichen

Patienten-
verfügung