

Patientenverfügung

Die folgende Patientenverfügung gilt für die folgende Person:
(im folgenden Text „Patient“ genannt):

Name	
Straße	
PLZ	
Ort	
Geboren am	
Geboren in	

Hiermit wird festgelegt, dass falls der Patient seinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, folgende Patientenverfügung in Kraft treten soll.

Bedingungen

Der Patient legt für die unten aufgeführten Maßnahmen die folgenden Bedingungen fest:

<input type="checkbox"/>	Der Patient befindet sich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess.
<input type="checkbox"/>	Der Patient befindet sich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
<input type="checkbox"/>	Der Patient hat infolge einer Gehirnschädigung die Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren.
<input type="checkbox"/>	Bei direkten Beschädigungen des Gehirns, egal ob durch z. B. einen Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozesse ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Dem Patienten ist bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann sowie, dass ein Aufwachen aus dem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich, ist.
<input type="checkbox"/>	Wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. Beim Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

Bevollmächtigter

Name	
Straße	
PLZ	
Ort	
Geboren am	
Geboren in	

Verfügung

In allen oben beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich

<input type="checkbox"/>	Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden.
<input type="checkbox"/>	Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.
<input type="checkbox"/>	Bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit hierdurch nehme ich in Kauf.
<input type="checkbox"/>	Keine künstliche Ernährung, weder über eine Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene.
<input type="checkbox"/>	Die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.
<input type="checkbox"/>	Keine Wiederbelebungsmaßnahmen.
<input type="checkbox"/>	Keine künstliche Beatmung, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.
<input type="checkbox"/>	Keine Gabe von Antibiotika, es sei denn, sie dienen nur der Linderung meiner Beschwerden.

Patientenverfügung

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Keine Bluttransfusion. |
| <input type="checkbox"/> | Ich möchte zum Sterben wenn irgend möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben. |

Sorgfalt

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bin ich mir bewusst.

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Meine Vertreterin oder mein Vertreter soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird. Soweit ich bestimmte Behandlungen ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

Mir ist bekannt, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

Ort, Datum Unterschrift

Ich habe den Inhalt der Patientenverfügung überprüft. Sie entspricht auch heute noch in vollem Umfang meinem Willen.

Ort, Datum Unterschrift