



Name:

Geb.-Datum:

B: Patientenverfügung (Bestimmungen für meine medizinische Behandlung)

+ 1. Diese Verfügung soll für die gewählten nachfolgenden Situationen gelten:

Ja Nein

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der unmittelbare Sterbeprozess noch nicht absehbar ist. Wenn in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzt:innen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen sind, selbst wenn gelegentliche Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst und ich habe bei den hierniedergelegten Entscheidungen bedacht, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass aber eine Besserung dieses Zustands äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich in Folge 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.
- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

+ 2. Für alle oben durch Auswahl benannten Situationen soll gelten:

Ja Nein

- Ich verlange lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.
- Ich untersage alle lebensverlängernden oder lebenserhaltenden Therapien oder Maßnahmen, die nicht ausschließlich die Linderung von Leiden zum Ziel haben. Insbesondere verbiete ich maschinelle Beatmung, künstliche Ernährung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.
- Dies gilt auch Wiederbelebensmaßnahmen.
- Sollte ich Träger:in eines Defibrillators sein, so ist dieser zu deaktivieren.
- Sollte es Unklarheiten zur Umsetzung meines in dieser Verfügung beschriebenen Willens geben, so verlange ich zur Klärung auch die Hinzuziehung einer ethischen Beratung.



Name:

Geb.-Datum:

Für den Fall einer Situation des sogenannten Wachkomas treffe ich eine der folgenden Regelungen:

Variante 1:

Ja Nein

- „Die unter **2.** getroffenen Verfügungen sollen über die dort genannten Situationen hinaus entsprechend auch gelten, wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen und Entscheidungen zu treffen, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzt:innen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist und eine akute Zweiterkrankung hinzukommt, an der ich sterben könnte. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen.“

oder

Variante 2:

Ja Nein

- „Die unter **2.** getroffenen Verfügungen sollen über die dort genannten Situationen hinaus entsprechend auch gelten, wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen und Entscheidungen zu treffen, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzt:innen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist und dieser Zustand seit einem Zeitraum von _____ (z. B. einem Jahr) besteht oder eine akute Zweiterkrankung hinzukommt, an der ich sterben könnte Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen.“

+ 3. Ich besitze einen Organspendeausweis und habe darin meine Bereitschaft zur Spende meiner Organe und Gewebe erklärt:

Ja Nein

- Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntodes bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch infrage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

+ 4. Ich möchte Beistand durch

- folgende Person (z. B. einer Kirche):

Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon/Mobil: _____

- einen Hospiz-/ Palliativdienst



Name:

Geb.-Datum:

II. Unterschriften

+ 1. Unterschrift des Verfassers/der Verfasserin (notwendig)

Ort, Datum Unterschrift

+ 2. Zur Festlegung meines hier geäußerten Willens habe ich mich beraten lassen von (freiwillig)

Vorname Nachname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort Telefon/ Mobil

Beruf

+ 3. Bestätigung der Patientenverfügung

Es empfiehlt sich, diese Patientenverfügung regelmäßig (z. B. alle zwei Jahre) mit Unterschrift zu bestätigen. Eine Bestätigung ist vor allem sinnvoll, wenn eine wesentliche Änderung Ihrer persönlichen Lebensumstände, insbesondere im gesundheitlichen Bereich eintritt.

Ort, Datum Unterschrift

Ort, Datum Unterschrift

Bitte bedenken Sie: Ihre Einstellungen und Ihre Situation können sich ändern. Sie können Ihre **Patientenvorsorge** jederzeit ändern oder insgesamt widerrufen. Bitte überprüfen Sie daher in regelmäßigen Abständen die Festlegungen in Ihrer **Patientenvorsorge**.

Patientenvorsorge - Vollmacht und Patientenverfügung

Hinweis zu Quellen: Dieses Formular übernimmt in weiten Teilen die Christliche Patientenvorsorge, die von den großen christlichen Kirchen erarbeitet wurde. Es wurde im weiteren ergänzt aus den Verfügungen der Kanzlei Putz, München.

www.dbk.de und www.putz-medizinrecht.de