

Name:

Geb.-Datum:

B: Patientenverfügung (Bestimmungen für meine medizinische Behandlung)

I. Patientenverfügung und Behandlungswünsche

- +** 1. Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann und ich mich entweder aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess oder im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, verfüge ich durch Ankreuzen Folgendes:
- Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Beschwerden, wie z. B. Schmerzen, Unruhe, Angst, Atemnot oder Übelkeit, gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendigen Maßnahmen eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist.
 - Es soll keine künstliche Ernährung durch ärztliche Eingriffe (z.B. weder über eine Sonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke noch über die Venen) erfolgen. Hunger soll auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.
 - Künstliche Flüssigkeitszufuhr soll nach ärztlichem Ermessen reduziert werden. Durstgefühl soll auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Flüssigkeitsaufnahme und Befeuchtung der Mundschleimhäute.
 - Wiederbelebungsmaßnahmen sollen unterlassen werden.
 - Auf künstliche Beatmung soll verzichtet werden, aber Medikamente zur Linderung der Atemnot sollen verabreicht werden. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.
 - Es soll keine Dialyse durchgeführt werden bzw. eine schon eingeleitete Dialyse soll eingestellt werden.
 - Antibiotika sollen allenfalls noch palliativ und nicht mehr kurativ verabreicht werden.
 - Auf die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen soll verzichtet werden.
 - Diagnostische Maßnahmen oder eine Einweisung in ein Krankenhaus sollen nur dann erfolgen, wenn sie einer besseren Beschwerdelinderung dienen und ambulant zu Hause nicht durchgeführt werden können.
 - Wenn möglich, möchte ich zu Hause bleiben können und hier die notwendige Pflege erhalten.
 - Wenn ich nicht zu Hause bleiben kann, möchte ich in folgendem Krankenhaus/Hospiz oder folgender Pflegeeinrichtung aufgenommen werden:

Name:

Geb.-Datum:

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

Variante 1:

- „Die unter 1 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 Ärzte 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 Lungen versagen.“

oder

Variante 2:

- „Die unter 1 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 Ärzte 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.“

+ 2. Ich besitze einen Organspendeausweis und habe darin meine Bereitschaft zur Spende meiner Organe und Gewebe erklärt:

- 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.

+ 3. 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 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 im weitesten Teil die Christliche Patientenvorsorge an, die von den großen christlichen Kirchen erarbeitet wurde. Sie wurde im Bereich der Vollmacht mit einem Passus zu den digitalen Medien aus der Verfügung der Kanzlei Putz, München ergänzt.

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