

Patientenverfügung

Vordruck

Ich

Familiename:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

bestimme für den Fall, dass ich vorübergehend oder dauerhaft außerstande bin, meinen Willen zu bilden oder verständlich zu äußern, dass

1. diese Verfügung für folgende Situationen gültig ist:

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Wenn ich mich nach ärztlicher Diagnose aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wenn ich mich im Endstadium einer tödlich verlaufenden oder unheilbaren Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht abzusehen ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wenn auf Grund einer Gehirnschädigung meine Einsichtsfähigkeit, Entscheidungen zu treffen und diese anderen mitzuteilen, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren ist, auch wenn mein Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündungen, Tumore, fortgeschrittenen Hirnabbauprozess und 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 möglich, aber höchst unwahrscheinlich ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wenn ich aufgrund eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. Demenzerkrankung) auch mit dauernder Hilfestellung nicht mehr fähig bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise aufzunehmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Erkrankungen mit entsprechenden Symptomen sollen in derselben Weise beurteilt werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. In sämtlichen von mir unter Punkt 1 mit „JA“ angekreuzten Situationen wünsche ich, dass folgende ärztliche und pflegerische Maßnahmen eingeleitet, unterlassen oder beendet werden:

Lebenserhaltende Maßnahmen

(bitte kreuzen Sie hier nur einen Punkt mit „JA“, den/die anderen mit „NEIN“ an)

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Ich wünsche, dass alles medizinisch Mögliche unternommen wird, um mich am Leben zu erhalten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich wünsche die Unterlassung aller lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen, die lediglich den Todeszeitpunkt verzögern und dadurch mein Leiden unnötig verlängern würden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |

Schmerz- und Symptombehandlung

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, insbesondere lindernde pflegerische Maßnahmen wie Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen wie die Bekämpfung von Schmerzen, Atemnot, Angst, Unruhe, Übelkeit und anderer Krankheitserscheinungen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich wünsche, wenn andere medizinische Mittel keine Linderung bringen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel. Eine dadurch evtl. bedingte Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |

Künstliche Ernährung

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Ich wünsche eine künstliche Ernährung, gleich auf welchem Weg oder in welcher Form. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |

Künstliche Flüssigkeitszufuhr

(bitte kreuzen Sie hier nur einen Punkt mit „JA“, den/die anderen mit „NEIN“ an)

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Ich wünsche eine künstliche Flüssigkeitszufuhr. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich wünsche eine verminderte Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | | |

Künstliche Beatmung

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Ich wünsche eine künstliche Beatmung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | | |

Wiederbelebungsmaßnahmen

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Ich wünsche Wiederbelebungsmaßnahmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | | |

3. Ich wünsche eine Sterbebegleitung

- durch einen/den Hospizdienst.....
- durch einen/den Seelsorger.....
- durch.....
-

4. Ich besitze einen Organspendeausweis

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Werden für die Durchführung einer Organspende ärztliche Maßnahmen (z.B. eine künstliche Beatmung) erforderlich, die ich in meiner Patientenverfügung untersagt habe, geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Sonstiges

.....

.....

.....

Zusätzlich zu dieser Patientenverfügung habe ich eine
Vorsorgevollmacht erstellt
 und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit folgender von mir
 bevollmächtigten Person ausführlich besprochen:

JA **NEIN**

Familiename:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

An Stelle einer Vollmacht habe ich eine **Betreuungsverfügung** erstellt.
 Diese ist hinterlegt in/bei

JA **NEIN**

.....

.....

.....

.....

Weitere erklärende Bestandteile dieser Verfügung sind:

- Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen
- eine Ergänzung aufgrund einer bestehenden schweren Krankheit

Diese Patientenverfügung habe ich nach sehr sorgfältigen Überlegungen erstellt. Sie gilt als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Diese Patientenverfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Zur späteren Bestätigung der Verfügung:

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

Datum, Unterschrift:

Datum, Unterschrift:

Datum, Unterschrift:

Datum, Unterschrift:

Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

die Patientenverfügung vom(Datum) im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen Kräfte verfasst hat und einwilligungsfähig ist.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

Ergänzung aufgrund einer bestehenden schweren Krankheit

(Dieses Formular muss zusammen mit Ihrem behandelnden Arzt ausgefüllt werden.)

Diagnose:

.....

.....

.....

Eventuelle Komplikationen	Vom Patienten gewünschte Behandlung

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten

.....
Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin