

Patientenverfügung

von

Name, Vorname

Geburtsdatum: Geburtsort:

Straße: PLZ/ Wohnort:

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

Diese Verfügung gilt beispielsweise für folgende Krankheitssituationen:

- Wenn ich mich unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist
- Wenn meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit Menschen Kontakt aufzunehmen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Hirnschädigung (z. B. infolge eines Schlaganfalls oder Unfalls) als auch für eine indirekte Hirnschädigung (z. B. nach Wiederbelebensmaßnahmen, Lungenversagen, Schock).
- Wenn ich aufgrund eines weitfortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. Demenz) trotz ausreichender und ausdauernder Hilfestellung nicht mehr fähig bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- Wenn ich an einer schleichenden, langsam zunehmenden Gehirnabbauerkrankung (z.B. Demenzerkrankungen) leide und nicht mehr auf übliche Weise ernährt werden kann.
- Mit den obigen Fällen vergleichbare Krankheitssituationen, die hier nicht konkret aufgeführt sind, sollen entsprechend beurteilt und bewertet werden.

Für diese Krankheitssituationen lege ich fest:

Ich wünsche lindernde pflegerische Maßnahmen, fachgerechte Pflege von Mund- und Schleimhäuten und eine angemessene Unterbringung, Körperpflege und Zuwendung, ärztlicherseits wünsche ich das fachgerechte lindern von Schmerzen, Atemnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen belastenden Symptomen durch entsprechende Medikamente, selbst wenn dadurch eine Lebenszeitverkürzung begünstigt wird.

In allen beschriebenen Krankheitssituationen wünsche ich:

- Das Unterlassen bzw. das Unterbrechen bereits eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen (z.B. Dialyse, künstliche Beatmung), die lediglich den Todeseintritt hinauszögern und damit Leiden unnötig verlängern.
- Keine Wiederbelebensmaßnahmen.
- Keine künstliche Ernährung – weder über Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke noch über venöse Zugänge.
- Verringerte Flüssigkeitsgabe nach palliativmedizinischem Ermessen (z. B. zur Gabe symptomlindernder Medikamente).
- Eine Antibiotika- Behandlung soll unterbleiben, es sei denn, sie ist zur Leidens- und Schmerzlinderung unbedingt erforderlich.
- Die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen soll unterbleiben, es sei denn, sie ist zur Leidens- und Schmerzlinderung unbedingt erforderlich.

Begleitung und Beistand

Sterbeort

Organ- und Gewebespende:

- Ich besitze *keinen* Organspendeausweis
- Ich besitze *einen* Organspendeausweis. Der Ausweis befindet sich bei/in:

.....

Ich habe neben dieser Patientenverfügung eine **Vorsorgevollmacht** für die Gesundheitsfürsorge erteilt. Der Inhalt der Patientenverfügung ist mit meiner/meinem Bevollmächtigten besprochen. Meinem Willen gemäß soll die bevollmächtigte Person die medizinische und pflegerische Behandlung veranlassen und überwachen.

Name, Adresse, Telefonnr. des Bevollmächtigten:

.....

Sollte nach dem Betreuungsgesetz die Bestellung einer Betreuung notwendig werden, bitte ich:

Name, Adresse, Telefonnr.:

als meinen Betreuer zu bestellen.

Ort, Datum, Unterschrift des Verfögendenden:

Ort, Datum, Unterschrift des Verfögendenden:

Ort, Datum, Unterschrift des Verfögendenden: