

Patientenverfügung

von

.....
Vorname

.....
Nachname

.....
Geburtsdatum

.....
PLZ, Wohnort

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
Telefon

1. Meine Werte und Wünsche, mein Lebensbild

Mein Leben empfinde ich als ein Geschenk. Wenn eines Tages mein Leben dem Ende zugeht, so erwarte ich von allen, die mir beizustehen versuchen, dass sie sich bei ihren Entscheidungen an meinen Verfügungen und Werten orientieren. Sie sollen sich weder vom eigenen Willen noch von dem, was medizinisch-technisch machbar ist, leiten lassen. Ich glaube, dass auch mein Sterben zu meinem Leben gehört, und möchte daher beim Eintreten meines Sterbeprozesses keine Verlängerung meines Lebens um ihrer selbst willen.

Persönliche Anmerkungen zu meinen Erfahrungen und Befürchtungen hinsichtlich Krankheit, Leid und Sterben:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll

Die folgende Verfügung soll gelten für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann und ich

- mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabweidbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- mich im Endstadium einer unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- durch Gehirnschädigung oder geistige Verwirrung aller Wahrscheinlichkeit und der Einschätzung zweier erfahrener Ärzte nach unwiederbringlich die Fähigkeit verloren habe, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(eigene Beschreibung von Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll)

3. Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

• Lebenserhaltende Maßnahmen

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- dass alles medizinisch Notwendige getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.
- auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden kann.

oder

- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden und nur Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und andere belastende Symptome gelindert werden.

• Schmerz- und Symptombehandlung

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel, die mich in einen Zustand dauerhafter Bewusstlosigkeit versetzen.

oder

Ich akzeptiere,

- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten der Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel, die mich dauerhaft in einen Zustand der Bewusstlosigkeit versetzen.

• Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- dass eine künstliche Ernährung begonnen und weitergeführt wird.
- eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

oder

- die Unterlassung einer anhaltenden künstlichen Ernährung.
- die Unterlassung einer anhaltenden künstlichen Flüssigkeitszufuhr.
- die Reduktion künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

• Künstliche Beatmung

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- eine künstliche Beatmung, falls diese mein Leben verlängert.

oder

- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine eingeleitete Beatmung eingestellt wird, vorausgesetzt, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder ungewollten Lebensverkürzung durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

• Dialyse

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls diese mein Leben verlängern kann.

oder

- dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

• Antibiotika

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

- dass keine Behandlung mit Antibiotika durchgeführt wird.

• **Wiederbelebende Maßnahmen**

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung.

oder

die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.

dass der Notarzt nicht verständigt wird bzw. dass ein ggf. hinzugezogener Notarzt unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

Persönliche Ergänzungen zu gewünschten oder abgelehnten Maßnahmen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Aufenthalt und Beistand

Ich möchte in meiner letzten Lebensspanne

wenn irgend möglich in meiner vertrauten Umgebung verbleiben.

wenn möglich in ein Hospiz oder eine Pflegeeinrichtung verlegt werden.

ins Krankenhaus verlegt werden.

Ich wünsche mir in diesem Lebensabschnitt seelsorgliche Betreuung.

Ich möchte das Sakrament der Krankensalbung empfangen.

Persönliche Ergänzungen zur Unterbringung und Begleitung:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Verbindlichkeit

Ich erwarte, dass der in dieser Patientenverfügung geäußerte Wille befolgt wird und der von mir benannte Bevollmächtigte Sorge für dessen Durchsetzung trägt.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln; dazu soll diese Verfügung gemäß § 1901a Abs. 2 BGB maßgeblich sein.

Ich wünsche nicht, dass in einer unter 2. beschriebenen Situation eine Änderung meines Willens unterstellt wird – außer wenn aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen Zweifel entstehen; dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten mein mutmaßlicher, aktueller Wille zu ermitteln.

6. Vorsorgevollmacht

Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte erteile ich hiermit

.....
Vorname

.....
Nachname

.....
Geburtsdatum

.....
PLZ, Wohnort

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
Telefon

und bei Verhinderung der erstgenannten Person

.....
Vorname

.....
Nachname

.....
Geburtsdatum

.....
PLZ, Wohnort

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
Telefon

die Vollmacht, mich in allen gerichtlichen und außergerichtlichen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Diese Vollmachtserteilung soll eine gerichtlich angeordnete Betreuung vermeiden. Sie bleibt in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte, und soll über meinen Tod hinaus in Geltung bleiben.

6.1 Gesundheitsorge/Pflegebedürftigkeit

Die o.g. Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsorge und einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege entscheiden und ist gehalten, sich dabei an dem in meiner Patientenverfügung geäußerten Willen zu orientieren.

ja nein

Sie darf, gemäß § 1904 Abs. 5 BGB auch in medizinische Eingriffe und Entscheidungen zu medizinischen Maßnahmen mit erhöhtem Risiko, die der Genehmigung des Betreuungsgerichts bedürfen, einwilligen und dem Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen zustimmen.

ja nein

Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber der bevollmächtigten Person von ihrer Schweigepflicht.

ja nein

Sie darf, solange dies zu meinem Wohl erforderlich ist, über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung und freiheitsentziehenden Maßnahmen gemäß § 1906 BGB entscheiden.

ja nein

6.2 Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus meinem Mietvertrag (inklusive einer Kündigung) wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen und einen Heimvertrag abschließen.

ja nein

6.3 Vermögenssorge

Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen im In- und Ausland vornehmen.

ja nein

Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen dürfen:

(Achtung: Kreditinstitute verlangen meist eine Vollmacht auf bankeigenem Vordruck!
Für Immobiliengeschäfte, Darlehensverträge und Handelsgewerbe ist eine notariell
beurkundete Vollmacht notwendig!)

6.4 Post- und Fernmeldeverkehr

Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) entscheiden.

ja nein

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Person als rechtlichen Betreuer zu bestellen.

ja nein

Bestätigung durch die Bevollmächtigten (*freiwillig*)

Hiermit bestätige ich, dass ich bereit bin, die Vollmacht bzw. Betreuung in der oben genannten Weise zu übernehmen und mich bei einer Entscheidung an den geäußerten Wünschen, Werten und Verfügungen zu orientieren. Sollte trotz der Beschreibungen in den Teilen 1 bis 5 Zweifel am mutmaßlichen Patientenwillen aufkommen, verpflichte ich mich, mich mit jenen Personen zu beraten, die meiner Einschätzung nach zur Klärung des mutmaßlichen Patientenwillens beitragen können.

1. Bevollmächtigte/r

.....
Unterschrift des Bevollmächtigten

.....
Ort, Datum

2. Vertreter des Bevollmächtigten

.....
Unterschrift des Vertreters des Bevollmächtigten

.....
Ort, Datum

7. Betreuungsverfügung

Hiermit verfüge ich in Ergänzung zur vorangehenden Vollmachtserklärung oder anstelle einer Vollmachtserklärung, dass für den Fall, dass ich infolge von Krankheiten, Behinderung oder Unfall meine Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr besorgen kann und ein Betreuer als gesetzlicher Vertreter bestellt werden muss, folgende Person einzusetzen ist:

..... Vorname	..... Nachname	..... Geburtsdatum
..... PLZ, Wohnort	..... Straße, Haus-Nr.	..... Telefon

und bei Verhinderung der erstgenannten Person

..... Vorname	..... Nachname	..... Geburtsdatum
..... PLZ, Wohnort	..... Straße, Haus-Nr.	..... Telefon

Der Betreuer hat die in meiner Patientenverfügung geäußerten Erklärungen zu achten.

Auf **keinen Fall** soll zum Betreuer bestellt werden:

..... Vorname	..... Nachname	..... Geburtsdatum
..... PLZ, Wohnort	..... Straße, Haus-Nr.	..... Telefon

8. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen in allen sieben Punkten dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

Bei der Erstellung wurde ich beraten von
(freiwillige Angabe!).

Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Bestätigung durch einen Zeugen: *(freiwillig)*

Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung unter den oben genannten Voraussetzungen von der Verfasserin/vom Verfasser selbst unterschrieben wurde.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

9. Hinterlegung und regelmäßige Aufrechterhaltung

Kopien dieser Patientenverfügung sind hinterlegt bei:

1. am:
2. am:
3. am:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die weitere Gültigkeit meiner Patientenverfügung.
(freiwillig)

1. Bestätigung

Ort, Datum

Unterschrift

2. Bestätigung

Ort, Datum

Unterschrift

3. Bestätigung

Ort, Datum

Unterschrift

4. Bestätigung

Ort, Datum

Unterschrift

5. Bestätigung

Ort, Datum

Unterschrift

6. Bestätigung

Ort, Datum

Unterschrift