

Patientenverfügung mit fakultativer Bestimmung einer Güte-/Schlichtungsstelle und eines Bevollmächtigten.

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu bilden oder meine Wünsche und Vorstellungen gegenüber den behandelnden Ärzten zu äußern, treffe ich nachfolgende Verfügungen:

Sollte ich - bitte in Druckschrift ausfüllen -

Vorname	Nachname
geboren am	Geburtsort
Straße/Nr.	
PLZ	Ort

aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinstörung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände dauerhaft nicht mehr in der Lage sein, meinen Willen zu äußern, verfüge ich, nachdem ich mich über die medizinischen und rechtlichen Konsequenzen eingehend informiert habe:

Willenserklärung I

Bitte um Durchführung aller medizintechnisch möglichen, lebensverlängernden Maßnahmen:

Ich bitte darum, alle medizinischen Behandlungsmöglichkeiten auszuschöpfen, damit mein Leben, solange wie möglich erhalten bleibt, auch unter Einsatz aller intensivmedizinischen Möglichkeiten.

- Ja Nein

Hinweis: Wenn Sie „Nein“ kreuzen, entfällt Willenserklärung II. Kreuzen Sie „Ja“ an, legen Sie bitte in Willenserklärung II die Details fest.

Willenserklärung II

Ich bitte um eingeschränkte medizinische Maßnahmen, damit ich bei Aussichtsloser Krankheitssituation in Würde sterben kann.

Wenn zwei Ärzte unabhängig voneinander festgestellt haben, dass ich

(Ausfüllhinweis: Hier ankreuzen, für welche Situationen die Anwendung lebensverlängernder Maßnahmen unterbleiben soll.)

- bitte Gewünschtes ankreuzen -

- mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, bei dem jede lebenserhaltende Therapie das Sterben oder das Leiden ohne Aussicht auf Besserung verlängern würde,
- ohne Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins im Koma liege,
- wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,
- infolge einer direkten (z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung) oder indirekten (z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen) Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, dauerhaft verloren habe, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, infolge 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, sollen alle lebenserhaltenden bzw. -verlängernden Maßnahmen unterlassen bzw. eingestellt werden.

Dies betrifft insbesondere:

(Ausfüllhinweis: Hier ankreuzen, welche Maßnahmen insbesondere unterbleiben sollen.)

- Reanimation
- künstliche Beatmung, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte,
- künstliche Flüssigkeitszufuhr, soweit sie nicht bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgt,
- künstliche Ernährung einschließlich Magensonde, soweit sie nicht bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgt,
- Wiederbelebung. Ein Notarzt soll nicht verständigt werden bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebensmaßnahmen informiert werden,

(Ausfüllhinweis: Weitere Maßnahmen, die unterbleiben sollen, folgen zur Auswahl auf der nächsten Seite)

- Dialyse,
- Gabe von Blut/Blutbestandteilen, soweit sie nicht bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgt,
- Gabe von Antibiotika, soweit sie nicht bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgt.

Weiterhin wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,
(Ausfüllhinweis: Hier bitte nur eine Auswahl ankreuzen)

- aber **ohne** bewusstseinsdämpfende Wirkungen.

oder

- auch mit Mitteln **mit** bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen.

Die Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf. Behandlung und Pflege sollen auch auf die Linderung von Unruhe, Angst, Atemnot, Übelkeit und anderer belastender Symptome gerichtet sein. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten.

Ich möchte in Würde und Frieden sterben können, nach Möglichkeit

- in meiner vertrauten Umgebung.
- in einem Hospiz.
- im Krankenhaus.

Erklärung zur Organspende:

Ich bin Organspender. Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich anbahnenden Hirntod als Organspender in Betracht gestatte ich ausnahmsweise die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung der erforderlichen medizinischen Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

- ja nein

Besondere Wünsche / Anliegen (ggf. beigefügte Anlage).

(Hier können Sie persönliche Bemerkungen einfügen, z. B. hinsichtlich Ihrer religiösen Ansichten und Wertvorstellungen.)

Schlichtung

Ich wünsche, dass im Streit um die Umsetzung dieser Patientenverfügung vor Einleitung eines Gerichtsverfahrens die Schlichtung durch eine gesetzlich anerkannte Gütestelle versucht wird. ja nein

Bevollmächtigung

Ich verfüge, dass nachfolgende Personen meine Wünsche in allen medizinischen Angelegenheiten entsprechend dieser Patientenverfügung durchsetzen.

nur zur Ansicht!

Bevollmächtigter zur Durchsetzung meiner Verfügung gegenüber Ärzten, med. Personal und Betreuungseinrichtungen

Vorname	Nachname, ggf. Geburtsname
geboren am	Geburtsort
Straße/Nr.	
PLZ	Ort
Telefon, Mobiltelefon, Fax, E-Mail	

Ersatzbevollmächtigter

Vorname	Nachname, ggf. Geburtsname
geboren am	Geburtsort
Straße/Nr.	
PLZ	Ort
Telefon, Mobiltelefon, Fax, E-Mail	

Sollte vom Betreuungssgericht auf Grund Verhinderung des von mir gewünschten Gesundheitsbevollmächtigten ein Betreuer bestellt werden, so nehme ich er mich entsprechend dieser Patientenverfügung zu vertreten.

Mein Bevollmächtigter/Betreuer darf in sämtliche Maßnahmen zu Diagnose, Heilbehandlung oder ärztlichem Eingriff einwilligen, die Einwilligung hierzu verweigern oder zurücknehmen, Krankenunterlagen einsehen und in deren Herausgabe an Dritte einwilligen. Zu diesem Zweck entbinde ich die mich behandelnden Ärzte und deren nichtärztliche Mitarbeiter gegenüber meinem Bevollmächtigtem/Betreuer von der Schweigepflicht. Es ist mir bewusst, dass diese Entscheidungen meines Bevollmächtigten/Betreuers für mich mit der begründeten Gefahr des Todes oder eines schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schadens verbunden sein können.

Die Entscheidungen meines Bevollmächtigten/Betreuers sind für die behandelnden Ärzte verbindlich. Diese Patientenverfügung ist jederzeit ohne besondere Form widerruflich.

Ich wünsche seelsorgerischen Beistand Nein Ja durch: _____

Die in dieser Verfügung getroffenen Entscheidungen erfolgten nach eingehender und reiflicher Überlegung und stellen meine ethische Grundeinstellung zu Fragen eines Behandlungsabbruchs oder weiterführenden Behandlungswunsches dar. In einer konkreten Situation, in der über einen Abbruch der an mir vorgenommenen Heilmaßnahmen zu entscheiden ist, bitte ich meine behandelnden Ärzte, diese Patientenverfügung als verbindlich anzunehmen und entsprechend meinem Willen zu verfahren. Eine andere Entscheidung als die meine hier zum Ausdruck gebrachte kommt für mich nicht in Frage.

Wichtig: Sollte aufgrund wechselnder Gesetze diese Entscheidung von einem Gericht getroffen werden müssen, so beauftrage ich den Bevollmächtigten/Betreuer, die Zustimmung des Gerichtes auch mit Hilfe eines Rechtsanwaltes zu erlangen.

Ort/Datum	Unterschrift des Vollmachtgebers/Verfügenden

Damit Ihre Vorsorgeverfügungen gefunden werden! Die Stiftung VorsorgeDatenbank ist Kooperationspartner der DVZ - Deutsche Verfügungszentrale AG. Zusammen mit unserem Kooperationspartner sorgen wir dafür, dass Ihre Patientenverfügung, Organverfügung, Trauerverfügung von dem berechtigten Krankenhaus/med. Einrichtung/berechtigten Institution, die Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung von dem zuständigen Gericht datengesichert abgefragt werden kann.