



Patientenverfügung von

Name: _____

Adresse: _____

Hiermit bestimme ich, _____

geboren am _____ in _____, für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder mich nicht mehr selbst verständlich machen oder äußern kann – unabhängig auf Grund welcher Situation, unabhängig ob aufgrund von Unfall oder Krankheit – das Folgende:

1. Exemplarische Situationen, ab wann die diese Patientenverfügung gelten soll:

Diese Patientenverfügung gilt in den nachfolgenden Situationen dann, wenn ich meinen Willen hierzu nicht mehr selbst äußern kann:

- wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im Sterbeprozess befinde,
- wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren und tödlich verlaufenden Erkrankung befinde,
- wenn ich in Folge einer unerwartet eingetretenen Gehirnschädigung meine Fähigkeit verliere Einsicht zu gewinnen und nicht mehr bewusst mit anderen Menschen in Kontakt treten kann.
- Diese Patientenverfügung soll auch dann gelten, wenn der Todeszeitpunkt noch nicht konkret absehbar ist.
- Mir ist bewusst, dass bei einer Dauerbewusstlosigkeit oder bei Wachkoma-ähnlichen Zuständen die Fähigkeit zu Empfinden erhalten bleiben kann, und dass ein Aufwachen nicht ganz sicher auszuschließen ist. Ich weiß, dass dies sowohl für direkte Gehirnschädigungen, zum Beispiel nach Unfall, Krankheit, Endzündungen gilt, als auch für indirekte Gehirnschädigungen nach Wiederbelebung, Schock, Lungenversagen und Demenzerkrankung, z.B. nach Alzheimer, Typhus, Nierenversagen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Viren, Bakterien und Tropenkrankheiten.
- Persönliche Anmerkungen zu Vorerkrankungen oder einzelnen ausgewählten Erkrankungen, sofern diese Patientenverfügung hierfür gelten soll (bei Bedarf auf der Rückseite ergänzen):

Beachte: Sie können hier auch einzelne Krankheiten benennen, für die diese PatV **nicht** gelten soll, müssen dies dann aber deutlich formulieren.



2. Festlegung zu Einleitung, Umfang und Durchführung gewünschter ärztlicher Maßnahmen:

Im Falle der oben beschriebenen Situation/en wünsche ich, dass die im Folgenden aufgeführten Maßnahmen (medizinische und zwischenmenschliche Grundversorgung) vorgenommen werden sollen:

- Eine unverzichtbare Basisversorgung, eine menschenwürdige Unterbringung, angemessene Zuwendung und Körperpflege, sowie die fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten.
- Das Stillen von Hunger und Durstempfinden soll auf natürliche Weise erfolgen, z.B. durch Handreichungen.
- Ich wünsche, dass belastende Symptome wie Atemnot, Übelkeit, Angst und Unruhe fachgerecht, auch medikamentös, gelindert werden. • Mir ist besonders wichtig, dass ich keine Schmerzen habe und nicht in anderer Weise Leid empfinde und ich wünsche, dass ausreichende und angemessene Medikamente gegeben werden, die dies sicherstellen.
- Dann, wenn Schmerzen oder Atemnot nicht anders zu lindern sind, dürfen bewusstseinsdämpfende Mittel auch in zu steigender Dosis verabreicht werden.
 - Ich bin darüber informiert, dass solche Medikamente Folgewirkungen haben können. Die hiermit möglicherweise verbundenen Nebenwirkungen, insbesondere eine mögliche Verkürzung meiner Lebenszeit, nehme ich in Kauf.
- Außerdem wünsche ich: _____

3. Einschränkung und Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen:

Es sollen keine lebenserhaltenden Maßnahmen durchgeführt werden. Nachfolgend sind medizinische Maßnahmen aufgelistet, die ich dann, wenn ich mich selbst nicht mehr äußern kann, auf keinen Fall möchte.

- Auf keinen Fall sollen Apparate zur • Blutwäsche (Dialyse),
 - Herzkreislaufstabilisierung, • Lungenstabilisierung und • sonstige Geräte zum Einsatz kommen („Apparatemedizin“).
 Sollte dies dennoch geschehen sein, so sind diese Geräte nach bekannt werden dieser Patientenverfügung sofort abzuschalten.
- Eine künstliche Beatmung lehne ich ab.
- Eine Chemotherapie lehne ich ab.
- Es soll keine künstliche Ernährung und künstliche Gabe von Flüssigkeit erfolgen. Dies gilt unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung oder Flüssigkeit. Meine Ablehnung der künstlichen Ernährung umfasst die Gabe von Nahrung und Flüssigkeiten über • venöse Zugänge, über • eine Magensonde durch Mund, Nase oder durch die • Bauchdecke.
- Den Einsatz von Antibiotika, Blut- und Blutbestandteilen*, sowie anderer Mittel/ Medikamente zur Lebensverlängerung erlaube ich ausschließlich zur Linderung meiner Schmerzen.

** Sofern Blut und Blutbestandteile komplett abgelehnt werden, ist dies hier handschriftlich zu ergänzen.*



- Wiederbelebungsversuche** bei Kreislaufstillstand und Atemversagen lehne ich ab. Ein Notarzt sollte dann auch nicht verständigt werden. Sollte dennoch ein Notarzt zugezogen worden sein, ist dieser unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen zu informieren.

*** bzgl. Wiederbelebungsversuchen gilt: sofern Sie diese in bestimmten Situationen – z.B. bei bestimmten Krankheitsbildern – dennoch wünschen, ist es erforderlich, dass Sie auf der Rückseite dieses Vordrucks erläuternde Ausführungen hierzu zu machen. Zu beachten ist, dass bei bekannter Vorerkrankung durch eine in dieser Patientenverfügung geäußerte Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen eine ggf. erfolgversprechende Reanimation ausgeschlossen wird!*

- Außerdem lehne ich ab: _____

4. gewünschter Ort der Behandlung:

(Vorschlag: hier empfiehlt es sich, durch Nummerierung eine Rangfolge anzugeben)

Wenn möglich möchte ich sterben:

- in einem Hospiz
 in einem Krankenhaus
 zuhause
 Sonstiges, und zwar: _____
 Die Entscheidung überlasse ich dem/ der/ den unter 5. genannten Personen

5. Entscheidungsbefugte Personen:

Die Entscheidung überlasse ich als erstes

Name:

Anschrift:

Im Falle seiner/ihrer Verhinderung soll als zweites entscheiden:

Name:

Anschrift:

Als drittes soll entscheiden:

Name:

Anschrift:

Die genannten Personen sind hierüber in Kenntnis gesetzt und haben sich damit einverstanden erklärt *(siehe unten am Ende dieser Patientenverfügung)*.



6. Schweigepflichtentbindung:

Ich entbinde im Falle einer der hier genannten Notsituationen alle behandelnden Ärzte und alles medizinische oder anderweitig mit meiner Versorgung betraute Personal gegenüber den unter 5. genannten Personen von ihrer Schweigepflicht.

7. Zur Begründung meiner Entscheidung: *(weiter ggf. auf der Rückseite)*

8. Organspende:

- Ich habe das Thema Organspende in einem anderen Dokument geregelt.
- Einer Organspende stimme ich zu.
- Eine Organspende lehne ich ab.
- Über eine Organspende dürfen die unter 5. genannten Personen entscheiden.

9. Geltung und Verbindlichkeit:

Ich habe diese Patientenverfügung in Kenntnis ihrer Bedeutung nach eingehender und reiflicher Überlegung, freiwillig, ohne äußeren Druck und bei geistiger Klarheit getroffen. Alle hier getroffenen Entscheidungen sind Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes und meines freien Willens.

Diese Patientenverfügung soll ab sofort gelten. Ich weiß, dass ich sie jederzeit widerrufen kann. Solange ich sie nicht ausdrücklich, nachweislich mündlich oder schriftlich widerrufen habe, bleibt sie bestehen.

Ich wünsche nicht, dass mir Dritte einen von dieser Patientenverfügung abweichenden „mutmaßlichen“ Willen unterstellen.

_____, den _____

Unterschrift des/ der Verfügenden



Unterschriften der mit der Durchsetzung der Patientenverfügung beauftragten Vertrauenspersonen:

Ich habe die Patientenverfügung gelesen und bin bereit, die daraus entstehenden Aufgaben zu übernehmen (Unterschriften der unter 5. genannten Personen):

1. _____
 2. _____
 3. _____
-


(Die folgenden Angaben sind nicht zwingend, können aber hilfreich sein, zumal der Hausarzt in der Regel die Krankengeschichte am Besten überblickt)

Mein behandelnder Hausarzt ist: _____

Meine Krankenkasse ist: _____

Diese Patientenverfügung umfasst insgesamt 5 Seiten.

Sie wird ergänzt durch eine [] Vorsorgevollmacht [] Betreuungsverfügung

Dies ist die online-Version der Patientenverfügung des  Betreuungsverein der AWO im Landkreis Rotenburg/ Wümme e.V., Lange Str. 36, 27404 Zeven.
Der Vordruck kann gerne zur eigenen, nichtkommerziellen Nutzung verwendet und weitergegeben werden.