

# **Patientenverfügung**

**Von:**

**Datum:**

\_\_\_\_\_ (Name, Vorname)

\_\_\_\_\_ (Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_ (Straße)

\_\_\_\_\_ (PLZ, Wohnort)

Falls ich durch Unfall oder Krankheit in einen Zustand gerate, in dem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit verloren habe und mit meiner Umwelt nicht mehr kommunizieren kann, verfüge ich, daß meinem hier dargelegten Willen als Anweisung an die mich behandelnden Ärzte gefolgt werden soll.

## **Geltungsbereich**

... Meine Patientenverfügung soll gelten, wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach und unwiederbringlich im Sterbeprozess befinde.

... Meine Patientenverfügung soll gelten, wenn ich mich im Endstadium (m)einer nicht mehr heilbaren Erkrankung, z.B. Krebserkrankung (\_\_\_\_\_) befinde, auch wenn mein Sterbeprozess noch nicht eingesetzt hat.

... Meine Patientenverfügung soll gelten, wenn ich an einer schweren Gehirnschädigung leide und mein Bewusstsein nach aller Wahrscheinlichkeit und nach der Einschätzung erfahrener Ärzte unwiederbringlich erloschen ist. Mir ist dabei bekannt, dass Voraussagen zu einem möglichen Aufwachen aus dem Zustand des Bewusstseinsverlustes nicht mit letzter Sicherheit zu treffen sind; diese Verfügung soll deshalb auch dann gelten, wenn ein Aufwachen nach Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht zu erwarten ist.

... Meine Patientenverfügung soll gelten, wenn ein schwerer Abbauprozess meines Gehirns so weit fortgeschritten ist, dass ich trotz Hilfestellung z. B. zu keiner Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme auf natürlichem Wege mehr in der Lage bin oder z.B. meine Angehörigen nicht mehr erkenne.

... Meine Patientenverfügung soll gelten, wenn

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_. (freie Formulierung)

... Ich wünsche, daß mein Bevollmächtigter/ Betreuer/ Arzt meines Vertrauens/ Hausarzt umgehend verständigt und zu meinen Wünschen gehört wird.

\_\_\_\_\_ (Name, Vorname)

\_\_\_\_\_ (Straße)

\_\_\_\_\_ (PLZ, Wohnort)

\_\_\_\_\_ (Telefon)

### **Verfügung zu Maßnahmen/ Behandlungen/ Ernährung/ Organspende**

... Ich entbinde meine Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Lebenspartner/ Kindern/ Eltern/ Bevollmächtigten/ Betreuer.

... Ich entbinde meine Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Lebenspartner/ Kindern/ Eltern/ \_\_\_\_\_ nur dann, wenn ich mich selbst nicht mehr äußern kann.

... Vor einer Zustimmung zu medizinischen Eingriffen sollen alle Maßnahmen und Eventualitäten zwischen \_\_\_\_\_ und den Ärzten intensiv erörtert werden.

... Ich verfüge, daß mein Bevollmächtigter/ Betreuer/ Vertrauensperson ( \_\_\_\_\_ ) auf Wunsch jederzeit Zugang zu mir hat.

... Sollte eine der beschriebenen Behandlungssituationen (siehe Geltungsbereich), eingetreten sein, wünsche ich, dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um meine Symptome zu lindern und mich solange wie möglich am Leben zu halten, auch wenn damit erhebliche Schmerzen verbunden sind, und/ oder ich den Verlust eines Körperteils oder Organs hinnehmen müsste.

... Sollte eine der beschriebenen Behandlungssituationen (siehe Geltungsbereich) eingetreten sein, wünsche ich die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen. Ich wünsche lediglich die notwendige Pflege und Zuwendung zur Linderung belastender Symptome wie beispielsweise Unruhe, Luftnot, Schmerzen, Depressionen oder Angst. Sollte ich unter Hunger oder Durst leiden, wünsche ich statt einer über deren Linderung hinausgehenden Zufuhr von Nahrung oder Flüssigkeit die notwendige Mundpflege.

... Sollte eine der beschriebenen Behandlungssituationen (siehe Geltungsbereich) eingetreten sein, wünsche ich die Unterlassung von Wiederbelebungsmaßnahmen.

... Sollte eine der beschriebenen Behandlungssituationen (siehe Geltungsbereich) eingetreten sein, wünsche ich den Versuch von Wiederbelebungsmaßnahmen.

... Sollte eine der beschriebenen Behandlungssituationen (siehe Geltungsbereich) eingetreten sein, wünsche ich keine Verständigung eines Notarztes. Sollte dieser

doch gerufen worden sein, wünsche ich, dass dieser über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

- ... Ich stimme dem Einsatz noch nicht zugelassener Medikamente zu, auch wenn deren Wirkungen und Nebenwirkungen noch nicht umfassend bekannt sind.
- ... Ich stimme der Übertragung eines Spenderorgans (z.B. Niere) zu, wenn damit mein Zustand entscheidend verbessert werden oder eine aufwendige Behandlung (z.B. Dialyse) verhindert oder beendet werden kann.
- ... Ich möchte kein Spenderorgan erhalten, da dies meiner religiösen/ meiner Grundeinstellung zu meinem Körper als natürlicher Ganzheit widerspricht.
- ... Eine umfassende Therapie von Schmerzen und Symptomen soll ohne Rücksicht auf mögliche Nebenwirkungen (Verkürzung meines Lebens, Bewusstseinsstrübung) erfolgen.
- ... Ich wünsche keine Arzneimittel zur Schmerz- oder Symptom-Linderung, die möglicherweise das Leben verkürzen oder das Bewusstsein weiter trüben.
- ... Wenn zwei Ärzte feststellen, daß ich mich unumkehrbar im Sterbeprozess oder in einem dauerhaften Koma, Wachkoma oder in einem ähnlichen Zustand infolge schwerer Gehirnschädigung, auch schwerer Demenz, befinde, selbst wenn der Tod nicht absehbar ist, und keine Aussicht mehr auf ein erträgliches und selbstbestimmtes Leben für mich besteht, sollen alle lebensverlängernden Maßnahmen, insbesondere die folgenden intensiv-medizinischen Maßnahmen unterbleiben:

- Wiederbelebung
- Künstliche Ernährung durch jede Art von Katheter/ Sonde (Nasensonde oder Sonde, die durch die Bauchdecke geführt wird)
- Flüssigkeitszufuhr von mehr als einem halben bis maximal einem Liter am Tag, außer Mundpflege gegen Durst und Mundtrockenheit
- künstliche Beatmung
- Anschluß an eine künstliche Niere (Dialyse)
- Transfusion von Blut/ Bestandteilen
- Antibiotikagabe bei fieberhaften Begleitinfektionen
- Operationen

Da ich eine Lebensverlängerung unter den oben genannten Bedingungen nur als Leidensverlängerung und unnatürliches Hinauszögern des Sterbevorgangs empfinde, will ich sie nicht. Mein(e) Bevollmächtigter/ Betreuer/ Vertrauensperson soll alle rechtlichen Mittel gegenüber Ärzten in Anspruch nehmen, damit die vorgenannten lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden.

- ... Sollte eine der beschriebenen Behandlungssituationen (siehe Geltungsbereich) eingetreten sein, wünsche ich eine künstliche Ernährung durch Infusionen oder auch durch eine Magensonde (durch Mund, Nase, Bauchdecke) falls dies notwendig sein sollte.

- ... Sollte eine der beschriebenen Behandlungssituationen (siehe Geltungsbereich) eingetreten sein, wünsche ich eine Flüssigkeitszufuhr, wie sie nach Erkenntnissen der Palliativmedizin zur Verbesserung meiner Lebensqualität angemessen ist.
- ... Sollte eine der beschriebenen Behandlungssituationen (siehe Geltungsbereich) eingetreten sein, wünsche ich eine Dialyse (künstliche Blutwäsche), falls mein Leben hierdurch verlängert werden kann.
- ... Sollte eine der beschriebenen Behandlungssituationen (siehe Geltungsbereich) eingetreten sein, wünsche ich eine künstliche Beatmung, falls mein Leben so verlängert werden kann.
- ... Sollte eine der beschriebenen Behandlungssituationen (siehe Geltungsbereich) eingetreten sein, wünsche ich die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen falls mein Leben so verlängert werden kann.
- ... Sollte eine der beschriebenen Behandlungssituationen (siehe Geltungsbereich) eingetreten sein, wünsche ich die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur in dem Maße, wie sie zur Linderung von Symptomen beiträgt.
- ... Wenn ich mich im Zustand einer unumkehrbaren Bewußtlosigkeit befinde, sowie keine Aussicht auf Besserung mehr besteht und ich nie mehr ein selbstbestimmtes Leben werde führen können, verfüge ich, daß eine intensivmedizinische Behandlung, Beatmung, Sondenernährung und vergleichbare lebensverlängernde Maßnahmen nach \_\_\_\_ Monaten abgebrochen werden, Mein Bevollmächtigter/ Betreuer/ Vertrauensperson soll alle rechtlichen Mittel gegenüber Ärzten in Anspruch nehmen, damit die vorgenannten lebensverlängernden Maßnahmen abgebrochen werden.
- ... Sollte die Schulmedizin an ihre Grenzen stoßen, stimme ich der ergänzenden Behandlung mit alternativen Heilmethoden zu.
- ... Maßnahmen zur Pflegeerleichterung (Sonden, Katheter, Portsysteme zur Medikamentengabe) will ich nur dann, wenn sie mein Leben nicht verschlimmern oder verlängern.
- ... Ich verweigere grundsätzlich eine Fesselung meiner Beine und Hände. Fäustlinge oder Overalls stimme ich zur Sicherung von Infusionsschläuchen bei Unruhe- und Verwirrtheitszuständen zu.
- ... Wenn absehbar ist, daß mein Leben zu Ende geht, so möchte ich mich persönlich von meinen Angehörigen und Freunden verabschieden. Deshalb bitte ich um Benachrichtigung von diesen.
- ... Ich möchte meine letzten Stunden zu Hause im Kreise meiner Familie verbringen. Ich will dies auch dann, wenn hierdurch mein Tod schneller Eintreten sollte.
- ... Zur Klärung der Todesursache bin ich mit einer Obduktion einverstanden/ nicht einverstanden.

## Implantierbarer Kardioverter/Defibrillator (ICD)

... Sollte eine der beschriebenen Lebens- und Behandlungssituationen eingetreten sein, stimme ich einem Ausschalten der ICD-Funktion zu, um mein Sterben nicht sinnlos zu verlängern.

... Sollte eine der beschriebenen Lebens- und Behandlungssituationen eingetreten sein, möchte ich meinem behandelnden Arzt die Entscheidung anvertrauen, ob eine Ausschaltung der ICD-Funktion für mich sinnvoll ist

## Organ/ Gewebespende:

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des unumkehrbaren Ausfalls der gesamten Hirnfunktion (Hirntod) bei aufrechterhaltenem Kreislaufsystem und unter künstlicher Beatmung entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch infrage kommt, die kurzfristige (ca. 72 Stunden) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

Außerdem stimme ich der Durchführung von intensivmedizinischen Maßnahmen, zu, die zum Schutz der Organe bis zu ihrer Entnahme erforderlich sind.

Entsprechendes soll auch für den Fall gelten, dass zu erwarten ist, dass der unumkehrbare Ausfall der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) in wenigen Tagen eintreten wird.

5

... Die intensivmedizinischen Maßnahmen sollen nicht länger als \_\_\_\_\_ Stunden fortgesetzt werden.

... Ich stimme einer Entnahme meiner Organe und Gewebe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (Organspende).

Organspende: Nieren, Leber, Herz, Lunge, Bauchspeicheldrüse, Dünndarm  
Gewebespende: Haut, Hornhaut der Augen, Herzklappen, Hirnhäuten, und Teile der Blutgefäße, des Knochengewebes, des Knorpelgewebes und der Sehnen.

Ich habe einen Organspendeausweis. Dieser befindet sich an folgendem Ort:

---

... Ich habe keinen Organspendeausweis.

... Ich gestatte eine Entnahme mit Ausnahme folgender Organe/ Gewebe:

---

... Ich gestatte die Entnahme nur für folgende Organe:

---

... Auf keinen Fall wünsche ich, daß nach meinem Tod Organe/ Gewebe aus meinem Körper entnommen werden. Ich habe einen Organspende

... Ich habe keinen Organspendeausweis

... Ich übertrage die Entscheidung über die Entnahme von Organen und Geweben auf die nachfolgend benannte Person:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/ Mobil-Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### **Erklärung zur Wirksamkeit/ Verbindlichkeit**

Mein schriftlich verfügter Patientenwille soll für meine Ärzte und Pflegenden verbindlich sein, sofern eine bestehende Behandlungssituation in meiner Verfügung konkret beschrieben ist und keine Hinweise auf eine Änderung meines Willens festzustellen sind. Mir ist bekannt, dass mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln ist, falls eine Behandlungssituation in meiner Verfügung nicht konkret genug beschrieben ist. Die letzte Entscheidung über die Anwendung oder Unterlassung medizinischer Maßnahmen hat mein Bevollmächtigter/ Betreuer zu treffen.

6

### **Hiermit bevollmächtige ich,**

\_\_\_\_\_ (Name, Vorname)

\_\_\_\_\_ (Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_ (Straße)

\_\_\_\_\_ (PLZ, Wohnort)

\_\_\_\_\_ (Telefon)

meinen Willen gegenüber Ärzten und Pflegepersonal zu vertreten und ggf. auch gerichtlich geltend zu machen.

Falls für mich ein Betreuer bestellt wird, ist dieser ebenfalls an diese Erklärung gebunden. Meine Patientenverfügung gilt dann als Betreuungsverfügung.

Die im Folgenden aufgeführten Vertrauenspersonen bestätigen, dass ich die Patientenverfügung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und unbeeinflusst durch Andere verfaßt habe. Sie haben meine Patientenverfügung zur Kenntnis genommen

und können nähere Angaben zu meinem Willen machen, Sie sollen hierzu gehört werden.

\_\_\_\_\_ (Name, Vorname)

\_\_\_\_\_ (Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_ (Straße)

\_\_\_\_\_ (PLZ, Wohnort)

\_\_\_\_\_ (Telefon)

... Bei der Erstellung meiner Patientenverfügung habe ich mich von **Dr. med. Roger/ Christina Lux** ärztlich beraten lassen. Die Information und Aufklärung über medizinische Sachverhalte konnte meine Fragen beantworten, Unsicherheiten ausräumen und Missverständnisse klären. Meine beratenden Ärzte konnten sich überzeugen, dass ich die Inhalte und Tragweite meiner Entscheidungen, die ich in dieser Patientenverfügung festlege, verstanden habe und diese meinem selbstbestimmten Behandlungswillen entsprechen.

Er/Sie bestätigt meine Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt dieses Gesprächs.

7

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Arztstempel:

Unterschrift:

### **Unterschrift/ Aktualisierung**

Mir ist bekannt, dass die Wirksamkeit und Verbindlichkeit meiner Verfügung nicht an eine regelmäßige Aktualisierung gebunden ist. Daher wünsche ich, dass meine Verfügung gültig sein soll, solange ich meine Willen nicht in abweichender Weise Ausdruck gegeben habe und keine Anzeichen meiner Willensänderung zu erkennen sind.

\_\_\_\_\_ (Ort, Datum)

\_\_\_\_\_ (Unterschrift)