

Ich,....., geboren am ....., treffe folgende

## **Schriftliche Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht**

Die folgende Verfügung gilt nicht für Unfallereignisse oder plötzliche Erkrankungen. Hier wünsche ich die zum jeweiligen Zeitpunkt mögliche Maximaltherapie. Folgezustände akuter Ereignisse sollen frühestens 6 Monate nach dieser Verfügung beurteilt werden.

### **1. Eingangsformel**

Ich bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann nachfolgendes.

### **2. Exemplarische Situationen, für die diese Verfügung gelten soll**

Wenn

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde,
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,
- ich infolge einer Hirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zugewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier in dieser Beurteilung erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (davon mindestens ein Facharzt für Neurologie) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung (Zustandsbeurteilung als dauerhaft erst nach einem Jahr, bis dahin Maximaltherapie) ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. bei hypoxischer Hirnschädigung nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen (Zustandsbeurteilung als dauerhaft erst nach einem Monat, bis dahin Maximaltherapie). Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber höchst unwahrscheinlich ist.
- Ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. Dabei ist mein Wille stets zu beachten – verweigere ich die Nahrungsaufnahme, so ist dies als Willensäußerung zu akzeptieren.

### **3. Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

#### **- lebenserhaltende Maßnahmen**

dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. 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 sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

#### **- Schmerz- und Symptombehandlung**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewußtseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.

Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

#### **- Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt sowie die Unterlassung jeglicher künstlichen Flüssigkeitszufuhr.

#### **- Wiederbelebung**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung, dass eine Notärztin oder ein Notarzt im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebnungsmaßnahmen informiert wird, auch schon begonnene Reanimationsmaßnahmen einstellt und lediglich Maßnahmen zur Leidenslinderung ergreift.

- **künstliche Beatmung**  
In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit der Bewußtseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf. Eine bereits laufende Beatmung soll in Vollnarkose abgeschaltet werden, auch wenn dann voraussichtlich mein Tod nach wenigen Minuten eintritt.
  
- **Dialyse**  
In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.
  
- **Medikamente, z.B. Antibiotika**  
In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich Medikamente nur zur Linderung meiner Beschwerden.
  
- **Blut und Blutbestandteile**  
In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden.
  
- **Weitere medizinische Verfahren**  
In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich für weitere medizinische Verfahren:  
Eventuell in Zukunft mögliche weitere medizinische Verfahren, die nicht der Leidenslinderung dienen, lehne ich ab. Dies betrifft in besonderer Weise Maßnahmen, die der intensivmedizinischen Versorgung zugeordnet werden.
  
- **Organspende**  
Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor. Organentnahme nur in Vollnarkose.

#### **4. Ort der Behandlung, Beistand**

Ich möchte wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

Ich möchte Beistand durch folgende Personen bzw. Personengruppen:

meine gesamte Familie und auch Freunde, die mich noch einmal sehen möchten

Ich wünsche die Betreuung durch ein engagiertes Palliativteam

#### **5. Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung**

- Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein Vertreter/ meine Vertreterin soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.
- Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meinem Vertreter/ meiner Vertreterin erwarte ich, dass sie die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.
- In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein.
- Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird.
- Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, das Behandlungsteam und/oder mein Vertreter/ meine Vertreterin aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Für die Unterstellung eines Willenswechsels müssen objektive Zeichen vorhanden sein, die alle Beteiligten anerkennen.

#### **6. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen:**

Diese Patientenverfügung umfasst auch eine Vorsorgevollmacht (s.10.).

**7. Schlussformel**

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine ärztliche Aufklärung.

**8. Schlussbemerkungen**

- Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.
- Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.
- Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck gelesen, verstanden, anerkannt und unterschrieben.
- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

**9. Aktualisierung**

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

**10. Vorsorgevollmacht**

Als Bevollmächtigten gem. § 1896 Abs. 2 BGB, der im Falle meiner Einwilligungsunfähigkeit ausdrücklich auch über lebenserhaltende medizinische Maßnahmen sowie deren Abbruch und meinen Aufenthaltsort entscheiden darf, bestimme ich:

.....

.....  
Ort, Datum, Unterschrift