

# Patientenverfügung

## Für den Fall, dass ich

Name, Vorname: _____	Geborene: _____
Geboren am: _____	Ort: _____
Wohnort: _____	Straße: _____

meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann, bestimme ich im jetzigen Vollbesitz meiner geistigen Kräfte Folgendes:

### - 1 - Diese Verfügung gilt, wenn ich

- (1) mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde...
- (2) mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todespunkt noch nicht absehbar ist...
- (3) in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Personen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigungen z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigungen, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. 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 unwahrscheinlich ist.
- (4) infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. Demenzerkrankung) auch mit andauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zuzunehmen.

### - 2 - Festlegung zu Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

- (1) In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass alle lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden. Ich erwarte aber eine fachgerechte Pflege von Mund- und Schleimhäuten, menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und andere belastender Symptome.
- (2) Ich wünsche keine unterstützende Therapiemaßnahmen, mein Sterben soll nicht mithilfe apparativer Maßnahmen unnötig verlängert werden. Wenn alle sonstige medizinische Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, wünsche ich zur Beschwerdelinderung auch bewusstseinsdämpfende Mittel (Opiate). Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.
- (3) Ich wünsche, dass keine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung oder Flüssigkeit (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, oder venöse Zugänge) erfolgt.
- (4) Ich wünsche, dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte.
- (5) Ich wünsche, dass an mir keine lebensverlängernde Maßnahmen vorgenommen werden, z.B. Dialyse, Bluttransfusion und Wiederbelebung, auch in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens.
- (6) Jegliche Art der Zwangsbehandlung ist verboten und strafbar.

# Patientenverfügung

Seite 02

Im Vertrauen auf die volle Ehrenhaftigkeit der bevollmächtigten Personen, die mich auf meinem Sterbeweg begleite, erhoffe ich mir bei der Erfüllung dieses meines Willens, vor meinem unausweichlichen Tod keine Angst zu haben.

**Zu benachrichtigen und über meinen Zustand aufzuklären ist mein/e Betreuer/in**

Name, Vorname:	geborene:
geboren am:	Ort:
Wohnort:	Straße:

**Ersatzweise, wenn die erste Person verhindert ist. (Urlaub, krank oder Tod)**

Name, Vorname:	geborene:
geboren am:	Ort:
Wohnort:	Straße:

Ich habe diese Patientenverfügung gelesen und nach sorgfältiger Überlegung überprüft. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Ist eine Situation hier nicht aufgelistet, so ist diese Patientenverfügung als Grundlage für Entscheidungen anzusehen.

Die Gültigkeit einer Patientenverfügung ist weder befristet, noch ist sie an einer Formschrift gebunden.

Tritt die in der Patientenverfügung beschriebene Krankheitssituation ein, ist eine Entscheidung des Vertreters nicht erforderlich, da der Betroffene die Entscheidung bereits selbst getroffen hat.

Der Arzt muss eine derart verbindliche Patientenverfügung beachten, gegen den festgelegten Willen des Patienten oder der Patientin ist eine zwangsweise Behandlung und die Missachtung des Patientenwillen als Körperverletzung strafbar.

Die Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung reichen nicht aus, um medizinische Entscheidungen in Konfliktsituationen zu treffen. Dazu bedarf es vielmehr einer Patientenverfügung.

Unterschrift mit Vor – und Zuname der Verfasserin / des Verfassers:

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_

Ich habe die Patientenverfügung gelesen, überprüft und bestätige die Richtigkeit.

Unterschrift mit Vor – und Zuname vom Hausarzt oder zwei Zeugen:

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_

Die Patientenverfügung soll und wird alle zwei Jahre zur gleichen Zeit durch eigenhändige Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin im Vollbesitz der geistigen Kräfte bestätigt.

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

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