

PATIENTENVERFÜGUNG

Ich, Vorname, Name, geboren am Geburtsdatum, derzeit wohnhaft Wohnanschrift, verfüge für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, im jetzigen Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und in voller Kenntnis des Inhalts und der Tragweite meines hier geäußerten Willens als Anweisung an die mich behandelnden Ärzte wie folgt:

Präambel

Meine Verfügung soll gelten:

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Wenn in Folge einer – auch wahrscheinlichen – Gehirnschädigung meine Fähigkeiten,
- Einsichten zu gewinnen,
- Entscheidungen zu treffen und
- mit anderen Menschen in Kontakt zu treten,
nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen sind, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für
- direkte Gehirnschädigung (z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung) ebenso wie für
- indirekte Gehirnschädigung (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.

Wenn ich in Folge 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.

Ich wünsche auch keine lebenserhaltenden Maßnahmen, wenn *mit großer Wahrscheinlichkeit* abzusehen ist, daß erhebliche bleibende Schäden (z. B. Hirnschäden oder Querschnittslähmungen) zu erwarten sind.

§ 1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den in der Präambel beschriebenen Situationen wünsche ich, dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Lediglich Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Darüber hinaus wünsche ich eine fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

§ 2 Schmerztherapie

(1) Im Falle des Eintritts einer der in der Präambel beschriebenen Situationen wünsche ich eine umfassende und fachgerechte Schmerz- und Symptomtherapie ohne Rücksicht auf eventuelle Nebenwirkungen.

(2) Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, sollen auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung eingesetzt werden. Die Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch die schmerz- und symptomlindernden Maßnahmen nehme ich in Kauf.

§ 3 Antibiotika

In den in der Präambel beschriebenen Situationen wünsche ich Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.

§ 4 Künstliche Ernährung / Flüssigkeitszufuhr

(1) In den in der Präambel beschriebenen Situationen wünsche ich, dass keine künstliche Ernährung erfolgt. Dies gilt unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge).

(2) Ich wünsche die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

§ 5 Künstliche Beatmung

In den in der Präambel beschriebenen Situationen wünsche ich, dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. dass eine bereits eingeleitete Beatmung eingestellt wird. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

§ 6 Blut / Dialyse

In den in der Präambel beschriebenen Situationen wünsche ich weder die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen noch, dass eine Dialyse durchgeführt wird. Eine bereits eingeleitete Dialyse soll eingestellt werden.

§ 7 Wiederbelebung

(1) In den in der Präambel beschriebenen Situationen wünsche ich die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.

(2) Nicht nur in den in der Präambel beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern die Wahrscheinlichkeit, dadurch in einen der in der Präambel genannten Zustände zu gelangen, mit großer Wahrscheinlichkeit besteht.

§ 8 Organspende

(1) Im Falle meines Todes gebe ich meinen Körper zur Organtransplantation frei.

(2) 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.

§ 9 Ort der Behandlung

Wenn irgend möglich, möchte ich zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

§ 10 Verbindlichkeit

(1) Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird.

(2) 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.

(3) In Situationen, 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. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen hat meine Ehefrau, Marion Beylich.

(4) 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 Ärzte / das Behandlungsteam / mein Bevollmächtigter / mein Betreuer aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche / pflegerische Maßnahmen hat meine Ehefrau, Marion Beylich.

§ 11 Betreuung

Sollte eine Betreuung notwendig werden, dann soll die vorliegende Patientenverfügung zugleich als Betreuungsverfügung gelten. Sie ist als Ausdruck meines Willens für Vormundschaftsgericht und Betreuer bzw. Betreuerin verbindlich. Als Betreuer bzw. Betreuerin soll bestellt werden:

§ 12 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich ermächtige den behandelnden Arzt, folgenden Personen Auskunft über meinen gesundheitlichen Zustand zu geben und entbinde ihn insoweit von seiner Schweigepflicht: Die in § 11 als Betreuer genannte Person.

§ 13 Schlussbemerkungen

(1) Sollten meine oben stehenden Verfügungen im Einzelfall in sich widersprüchlich sein, so erkläre ich hiermit, dass mein grundlegendes Therapieziel ausschließlich die Beschwerdelinderung ist.

(2) Soweit ich vorliegend bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

(3) Die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs meiner Patientenverfügung ist mir bekannt.

(4) Ich habe die vorliegende Patientenverfügung nach sorgfältiger Überlegung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt, und ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner hier getroffenen Entscheidungen bewusst.

Ort, den Datum

Unterschrift

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe.

Mein Wille hat sich nicht verändert.

Folgende Änderungen haben sich inzwischen ergeben:

Ort, Datum _____

(Unterschrift)

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe.

Mein Wille hat sich nicht verändert.

Folgende Änderungen haben sich inzwischen ergeben:

Ort, Datum _____

(Unterschrift)

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe.

Mein Wille hat sich nicht verändert.

Folgende Änderungen haben sich inzwischen ergeben:

Ort, Datum _____

(Unterschrift)

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe.

Mein Wille hat sich nicht verändert.

Folgende Änderungen haben sich inzwischen ergeben:

Ort, Datum _____

(Unterschrift)