

Patientenverfügung

Sollte ich, _____, geboren am _____, wohnhaft in _____, derzeit im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, aufgrund einer möglichen Gebrechlichkeit bzw. Bewusstlosigkeit nicht mehr in der Lage sein, meine eigenen Wünsche, Vorstellungen und meinen eigenen Willen gegenüber behandelnden Ärzten zu äußern, so möchte ich über nachfolgende

Patientenverfügung

bereits Folgendes festlegen:

Ich bevollmächtige hiermit _____, wohnhaft _____, geboren am _____, mich in allen medizinischen Angelegenheiten zu vertreten. Mein _____ Bevollmächtigte darf in sämtliche Maßnahmen zur Diagnose und Behandlungen von Krankheiten einwilligen, die Einwilligung hierzu verweigern oder zurücknehmen, Krankenunterlagen einsehen und in deren Herausgabe an Dritte einwilligen. Zu diesem Zweck entbinde ich die mich behandelnden Ärzte und deren nichtärztliche Mitarbeiter/innen gegenüber meine _____ Bevollmächtigten von der Schweigepflicht. Die Entscheidungen meine _____ Bevollmächtigten sind für die behandelnden Ärzte verbindlich. Diese Bevollmächtigung ist jederzeit ohne besondere Form widerruflich. Sollte mein _____ Bevollmächtigte _____ hierzu nicht in der Lage oder bereit sein, benenne ich _____, geboren am _____, wohnhaft in _____ als meine _____ Ersatzbevollmächtigte _____.

Dies vorausgeschickt, erkläre ich hiermit, dass ich im Falle irreversibler Bewusstlosigkeit, wahrscheinlicher schwerer Dauerschädigung des Gehirns oder des dauernden Ausfalls lebenswichtiger Funktionen meines Körpers oder bei ungünstiger Prognose hinsichtlich meiner Erkrankung mit einer Intensivtherapie oder Reanimation nicht einverstanden bin. Für den Fall, dass durch eine solche ärztliche Maßnahme nicht mehr erreicht werden kann als eine Verlängerung des Leidens, verweigere ich hiermit ausdrücklich die Zustimmung zu weiter gehenden ärztlichen Eingriffen, zumal wenn sie mit erheblichen Schmerzen und Leidenszuständen verbunden sind.

Sollten Diagnose und Prognose der mich dann behandelnden Ärzte – ungeachtet der Möglichkeit einer Fehldiagnose – ergeben, dass meine Krankheit zum Tode führen und mir aller Voraussicht nach große Schmerzen bereiten wird, so wünsche ich keine weiteren diagnostischen Eingriffe und keine Verlängerung meines Lebens mit den Mitteln der Intensivtherapie. Sollte ich eine Hirnschädigung oder eine Gehirnerkrankung haben, durch die meine normalen geistigen Funktionen schwerwiegend und irreparabel geschädigt worden sind, so bitte ich um eine Einstellung der Therapie, sobald durch die behandelnden Ärzte festgestellt wird, dass ich künftig nicht mehr in der Lage sein werde, ein menschenwürdiges Dasein zu führen. Dies gilt insbesondere dann, wenn ich bei schwersten körperlichen Leiden und/oder in Dauerbewusstlosigkeit ohne medizinisch begründete Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins in einem Koma, auch Wachkoma, liege sowie für den Fall, dass bei geistigem Verfall keinerlei medizinisch begründete Aussicht mehr auf eine Wiederherstellung eines erträglichen und menschenwürdigen Lebens gegeben ist. Dies gerade für den Fall, dass ich mich in einem medizinisch nicht mehr abwendbaren Sterbeprozess befinde, dies auch für das Endstadium einer tödlich verlaufenden, unheilbaren Krankheit, wenn die Sterbephase noch nicht begonnen hat. Es sollen dann keine Reanimationsmaßnahmen oder lebenserhaltende Maßnahmen an mir vorgenommen werden, insbesondere keine Intensivtherapie, Transplantationen, operative Eingriffe und/oder künstliche Lebensverlängerung durch künstliche Beatmung oder Herzwiederbelebungsmaßnahmen.

Bei Verlust meiner Kommunikationsfähigkeit und meiner erfolgten Festlegung zum Verzicht/Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen wünsche ich auch keine künstliche Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr durch Sonden und Infusionen bei dieser zuvor genannten Situation, im Bewusstsein, dass damit eine nach meiner Ansicht nicht notwendige Verlängerung meines Leidens- und auch Sterbeprozesses vermieden wird, jedoch bei Beachtung einer menschenwürdigen Pflege und Unterbringung mit sachgerechter, dann angemessener medizinischer Begleitung.

Wenn ich die Ärzte bitte, das Recht auf einen nach meinen Vorstellungen und Wünschen würdigen Tod zu beachten, so heißt das nicht, dass ich damit die ärztliche Hilfe und Behandlung/Pflege in der Form ausreichender Medikation und Leidensminderung generell ablehne. Vielmehr setze ich mein Vertrauen in von ärztlicher Seite aus anzuordnende schmerzlindernde Medikation, palliative Behandlungsmaßnahmen und bewusstseinsdämpfende Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung, auch wenn diese zur Bewusstseinsausschaltung oder wegen ihrer Nebenwirkungen zu einem früheren Ableben führen sollten.

Für die oben beschriebenen Fälle verfüge ich, dass mögliche Begleiterkrankungen dann nicht behandelt werden und eine bereits begonnene Behandlung abgebrochen werden soll.

Ich wünsche, dass die oben getroffenen Regelungen für den behandelnden Arzt und/oder Verantwortlichen als bindend und meinem Willen entsprechend angenommen werden. Die Adressaten dieser Patientenverfügung sollen an meine Erklärungen gebunden sein.

In der akuten Situation soll mir im Weiteren keine Änderung meines in dieser Verfügung bekundeten Willens unterstellt werden. Für den Fall einer Willensänderung werde ich dafür Sorge tragen, dass mein geänderter Wille erkennbar zum Ausdruck kommt.

(Falls nicht zutreffend, streichen:) Für den Fall meines Todeseintritts bestimme ich ergänzend, dass ich mit einer Obduktion meines Körpers einverstanden bin. Dies gilt auch für gebotene Organentnahmen bei Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Organspende. Ich bin Organspender und verweise insoweit auf den vorhandenen Organspenderausweis in meinen persönlichen Unterlagen. Die dort erklärten Verfügungen gelten ergänzend nach wie vor.

(Falls nicht zutreffend, streichen:) Ich lehne jegliche Entnahme meiner Organe nach meinem Tode zu Transplantationszwecken ab.

(Je nach Wunsch, sonst streichen:) Ich bin grundsätzlich mit einer Obduktion einverstanden, wenn sich dadurch die Ursache meines Ablebens klären lässt.

(Je nach Wunsch, sonst streichen:) Ich wünsche die seelsorgerische Begleitung durch einen Vertreter/Beistand der _____ Kirche, auch in meiner Sterbephase bei Beachtung meines religiösen Empfindens und meiner Wertevorstellungen bei bestehender Kirchenzugehörigkeit.

(Je nach Wunsch, sonst streichen:) Ich wünsche die Begleitung eines hospizlichen Beistands/folgender Person _____

Hinweisen möchte ich darauf, dass ich zudem eine Vorsorgevollmacht mit Betreuungsverfügung bereits errichtet habe.

Diese Patientenverfügung gilt unabhängig von den separat erteilten Vollmachten.

_____, den _____

Unterschrift des Vollmachtgebers und Verfügenden

Zeugenbestätigung:

Zeuge 1:

Ich bestätige heute mit meiner Unterschrift, dass Frau/Herr _____ obige Patientenverfügung eigenhändig und für mich erkennbar im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen und körperlichen Kräfte verfasst hat, selbstbestimmt und ohne jeglichen äußeren Einfluss hierzu verfügte. Frau/Herr _____ ist nach voller Überzeugung des Unterzeichners, die auf den persönlichen Eindruck und dem ständigen Kontakt zu ihr/ihm beruht, ohne jeden Zweifel nach meiner Überzeugung geschäftsfähig/einsichtsfähig.

Als Zeuge: Frau/Herr _____, geboren am _____, wohnhaft _____

Datum, Unterschrift des Zeugen

Zeuge 2:

Ich bestätige heute mit meiner Unterschrift, dass Frau/Herr _____ obige Patientenverfügung eigenhändig und für mich erkennbar im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen und körperlichen Kräfte verfasst hat, selbstbestimmt und ohne jeglichen äußeren Einfluss hierzu verfügte. Frau/Herr _____ ist nach voller Überzeugung des Unterzeichners, die auf den persönlichen Eindruck und dem ständigen Kontakt zu ihr/ihm beruht, ohne jeden Zweifel nach meiner Überzeugung geschäftsfähig/einsichtsfähig.

Als Zeuge: Frau/Herr _____, geboren am _____, wohnhaft
_____.

Datum, Unterschrift des Zeugen

Bei Ärzten als “Zeugen”, zusätzlich oder ausschließlich, könnte am Ende einer Verfügung nachfolgender Formulierungsvorschlag angefügt werden:

”Als zugezogener Arzt bestätige ich hiermit, dass nach einem Beratungsgespräch über die medizinischen Konsequenzen zu den inhaltlichen Festlegungen in dieser Patientenverfügung diese heute in meiner Gegenwart eigenhändig unterschrieben wurde und im Weiteren keine Zweifel an der Einsichtsfähigkeit, der Selbstbestimmung des freien Willens und der Einwilligungsfähigkeit für die getroffene Verfügung bestehen.”

Ort, Datum und eigenhändige Unterschrift des Arztes mit Praxisstempel