

Patientenverfügung

Verfügender:

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

In Kenntnis der rechtlichen Folgen und im Bewusstsein der Tragweite meiner Entscheidung habe ich mich dazu entschlossen, meine persönlichen Verhältnisse eigenständig für den Fall zu regeln, dass ich meine Angelegenheit aufgrund einer Erkrankung oder Einschränkung meiner körperlichen, geistigen oder seelischen Fähigkeiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann und/oder mein Selbstbestimmungsrecht in persönlichen und gesundheitlichen Angelegenheiten von mir selbst nicht mehr rechtswirksam ausgeübt werden kann.

Mit dieser Patientenverfügung möchte ich bindend festlegen, welche medizinischen Diagnosestellungen und Behandlungen ich strikt ausschließen und welche ich billigen möchte und denen somit die unten stehenden Bevollmächtigten zustimmen können und welche sie verweigern müssen. Durch die Benennung der Bevollmächtigten möchte ich eine eventuelle Anordnung und Betreuung gegen meinen Willen durch ein Betreuungsrecht funktionell ersetzen, um die Wahrnehmung meiner Interessen und Entscheidungsbefugnisse meiner Person betreffend für einen solchen Fall auf Personen meines besonderen Vertrauens zu übertragen.

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt sind:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit 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 ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, unwiederbringlich erloschen ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungen- und Herzversagen. 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 äußerst unwahrscheinlich ist.

- Wenn ich infolge eines sehr 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.

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

2. In allen unter Nummer 1 genannten Situationen verlange ich Folgendes:

- Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden.
- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Atemnot, Erbrechen und Durchfall. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.
- Eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege. Wenn möglich, möchte ich zu Hause in vertrauter Umgebung sterben und von einem Palliativ-Team begleitet werden.

3. In den unter Nummer 1 beschriebenen Situationen verlange ich:

- Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden. Ich wünsche keine Verlängerung meines Leidens, Sterbens oder Lebens durch die Intensivmedizin. Keine Intubation, keine Beatmung und keine Reanimation. Eine bereits laufende Beatmung soll beendet werden.
- Die Unterlassung, dass ein Notarzt verständigt wird.
- Keine künstliche Ernährung über eine Magensonde, keine PEG, keinen Venenzugang und keinen Port. Ich wünsche keine künstliche Flüssigkeitszufuhr jeglicher Art.

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe

4. In den unter Nummer 1 beschriebenen Situationen verlange ich:

- Keine Chemo oder Zytostatika
- Keine Bestrahlung
- Keine Organentnahme
- Keine Impfungen
- Keine Dialyse
- Keine Abtrennungen von Körperteilen
- Keine Untersuchungen, die der intensivmedizinischen Versorgung zugeordnet werden.
- Keine Darm- oder Magenspiegelungen.
- Keine Untersuchung durch einen psychiatrischen Facharzt, genauso wie jedem anderen approbierten Mediziner mich hinsichtlich irgendeines Verdachts einer angeblichen „psychischen Krankheit“ zu untersuchen.
- Keine Unterbringung in einer geschlossenen psychiatrischen Einrichtung.
- Keine Zwangsbehandlung egal mit welchen Medikamenten, keine Fixierung.

Folgende Personen bevollmächtige ich zu meinen Bevollmächtigten. Sie sind jeweils einzeln handlungsberechtigt. Die Bevollmächtigten sind berechtigt für jeweilige Probleme und Entscheidungen über das weitere Vorgehen zu entscheiden:

(Name, Vorname)

(Adresse: Wohnort, Straße)

(Telefon, E-Mail)

(Datum, Unterschrift)

(Name, Vorname)

(Adresse: Wohnort, Straße)

(Telefon, E-Mail)

(Datum, Unterschrift)

Mit ihrer oben stehenden Unterschrift bestätigen diese Personen, dass sie von meiner Patientenverfügung Kenntnis genommen haben und dass ich diesen letzten Willen im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und unabhängig von Einflüssen Dritter unterschrieben habe.

Die Bevollmächtigten sind berechtigt, Erklärungen (Zustimmungen und Verweigerungen) bei ärztlichen Behandlungen abzugeben. Ich entbinde hierfür meine Ärzte gegenüber den Bevollmächtigten von der Schweigepflicht. Meine Bevollmächtigten können in ärztliche Maßnahmen einwilligen oder deren Beendigung bestimmen. Alle Bevollmächtigten gelten für meine Aufenthaltsbestimmung und meine Gesundheitsfürsorge.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe. Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift