



Patientenverfügung

Name: _____

geboren am: _____

wohnhaft in: _____

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, sind folgende Aussagen umzusetzen:

Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- 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 infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsicht zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso für indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen.
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenz Erkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- wenn ich an einem weitgehenden Funktionsverlust von Leber und Niere leide
- vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden

Durch die Bezeichnung **JA** oder **Nein** bestimme ich in den genannten Situationen folgende Maßnahmen:

Ärztliche palliative Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Palliativpflege sollen allein auf die Linderung von Beschwerden, wie zum Beispiel Schmerzen, Unruhe, Angst, Darmbeschwerden, Atemnot und Übelkeit gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendigen Maßnahmen eine Lebensverkürzung nicht ausgeschlossen ist.

Wenn ich Nahrung auf natürlichem Weg nicht mehr zu mir nehmen kann, wünsche ich keine künstliche Ernährung, weder über die Vene, noch über eine Magensonde.

Wenn ich Wasser oder andere Flüssigkeit auf natürlichem Weg nicht mehr zu mir nehmen kann, wünsche ich keine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

Sollte eine künstliche Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr bereites erfolgen, so entziehe ich für obige Situation meine Zustimmung.

Eine fachgerechte Pflege von Mund und Mundschleimhäuten ist mir in jedem Fall sehr wichtig.

In den beschriebenen Situationen sollen Wiederbelebensmaßnahmen unterlassen werden.

In den beschriebenen Situationen soll keine künstliche Beatmung durchgeführt werden, bzw. eine schon eingeleitete Beatmung soll eingestellt werden,

In den beschriebenen Situationen soll keine Dialyse mehr durchgeführt werden, bzw. eine schon eingeleitete Dialyse soll eingestellt werden.

Antibiotika sollen nur zur Linderung meiner Beschwerden verabreicht werden.

Blut- und Blutbestandteile sollen nur zur Beschwerdelinderung verabreicht werden.

Einweisung in ein Krankenhaus zur Durchführung von diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen soll nur dann erfolgen, wenn sie einzig einer ambulant palliativmedizinischen nicht zu erreichender Beschwerdelinderung dienen.

Falls ich nicht zu Hause bleiben kann, möchte ich in folgendem Hospiz oder Pflegeeinrichtung versorgt werden:

Raum für ergänzende Verfügungen/ Grundhaltungen/ wichtige Mitteilungen:

Sollte ein Arzt/ Ärztin oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass mein Betreuer*in/ Vorsorgebevollmächtigte*r eine anderweitige, meinem Willen entsprechende medizinische und oder pflegerische Behandlung einleitet.

Von meinem Vorsorgebevollmächtigten/ Betreuer/in

1. _____
vollständiger Name; Telefon

als Vertreter (einzig im Fall der Verhinderung von 1.) bestimme ich:

2. _____
vollständiger Name; Telefon

erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dabei soll besonderer Wert auf die Meinung meines Vorsorgebevollmächtigten gelegt werden. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Patientenverfügungsgesetzes.

Diese Patientenverfügung gilt bis zu meinem Widerruf.

Datum und Unterschrift