

Die Entscheidungen am Krankenbett:

- *Zunächst muss geprüft werden, ob die Maßnahme medizinisch sinnvoll ist.*
- *Dann muss das Einverständnis der Patientin eingeholt werden*



www.patientenverband.de
030 260 94 00

Patientenverfügung

von

Name

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon

E-mail

Die Möglichkeiten der modernen Medizin können dazu führen, dass ein Leben verlängert wird, obwohl keine Aussicht auf Heilung mehr besteht. Es kann sein, dass auch mein Sterben unnatürlich hinausgezögert wird, wenn ich meinen Willen nicht mehr äußern kann.

Wenn das Ende meines Lebens absehbar ist, wünsche ich mir ein Sterben in Würde. Ich möchte keine unnötigen Schmerzen erleiden und möchte nicht allein sein.

Aus diesem Grund habe ich

Frau/Herrn

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon/E-mail

als meinen Patientenanwalt in mein Vertrauen gezogen und mit ihr/ihm eingehend alle Fragen besprochen, die mit meinem Wunsch nach einem Sterben in Würde verbunden sind.

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte ihr/ihm gegenüber von der Schweigepflicht. Sie/Er soll ein uneingeschränktes Besuchsrecht erhalten.

Mir ist bewusst, dass jeder Arzt, der mich behandelt nur nach seinem Gewissen entscheiden kann. Bei seiner Entscheidung sollen meine Wünsche jedoch so weit wie möglich berücksichtigt werden. Hierfür wird sich der von mir benannte Patientenanwalt einsetzen.

Bei Vorliegen einer Patientenverfügung

- Trifft der Inhalt der Verfügung auf die Situation am Krankenbett zu?
- Eine zutreffende Patientenverfügung ist unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung **verbindlich**

Wenn keine Patientenverfügung zu finden ist

- frühere Äußerungen ?
- mutmaßlicher Wille ?
- Gespräch mit **Vertrauensperson**

Konfliktfall.

Wenn sich Arzt und Vertrauensperson nicht einigen können, ist vonseiten der Vertrauensperson das Betreuungsgericht (Vormundschaftsgericht) anzurufen

Patientenverfügung¹

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

A. Persönliche Anweisungen für Ärzte, Pflegekräfte und Institutionen

Die nachfolgende Patientenverfügung habe ich ohne äußeren Druck nach gründlicher Überlegung selbstbestimmt und unter Verantwortungsübernahme für die hieraus folgenden Konsequenzen ausgestellt. Der Inhalt entspricht meinem aktuellen Willen.

Ich erwarte, dass gemäß § 1901a Abs. 1 BGB der in dieser Patientenverfügung niedergelegte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von behandelnden Ärzten, Alten-/Pflegeheimen und dem Behandlungsteam befolgt wird, wenn ich nicht mehr in der Lage bin, in der konkreten Situation einen aktuellen Willen zu bilden oder verständlich zu äußern. Mein Vertreter – Bevollmächtigter oder Betreuer – soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Wenn die behandelnden Ärzte, Alten-/Pflegeheime, das Behandlungsteam und mein Vertreter sich in der Befolgung meines Willens einig sind, bedarf es keiner Genehmigung durch das Betreuungsgericht, § 1901a, § 1904 Abs. 4 BGB.

Nach geltendem deutschen Recht stellt die Befolgung meines Willens in allen in dieser Patientenverfügung beschriebenen Situationen erlaubte passive Sterbehilfe dar.

Sollte ein Arzt, Alten-/Pflegeheim 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. Von meinem Vertreter erwarte ich, dass er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

Sollte eine Situation in der nachfolgenden Patientenverfügung nicht konkret geregelt sein, so ist gemäß § 1901a Abs. 2 BGB mein mutmaßlicher Wille von meinem Vertreter zu ermitteln. Der in dieser Patientenverfügung niedergelegte Wille soll hierbei als Grundlage für die Ermittlung dienen.

Mir ist die Möglichkeit der Änderung oder des Widerrufs der Patientenverfügung bekannt.

Soweit ich diese Patientenverfügung nicht nachweislich im Zustand der Einsichtsfähigkeit ausdrücklich schriftlich oder mündlich widerrufen habe, verfüge ich, dass mir in der konkreten Anwendungssituation keine Änderung meines Willens unterstellt wird. Es muss vielmehr durch das Gutachten zweier Fachärzte (davon ein Neurologe) festgestellt werden, dass ich die notwendige Einsicht für einen Widerruf sicher noch habe. Ist dies nicht der Fall, hat es bei meiner niedergelegten Entscheidung zu bleiben.

B. Geltungsbereich der Verfügung

Diese Verfügung findet Anwendung, wenn ich zur Willensbildung oder verständlichen Äußerung meines Willens nicht mehr in der Lage bin. Ich verfüge daher schon jetzt, dass man in den nachfolgend von mir angekreuzten Situationen: ² _____ meiner Krankheit ihren Lauf lässt und ich sterben darf. Dies gilt auch in den Fällen, in denen der Tod noch nicht unmittelbar bevorsteht, vgl. § 1901a Abs. 3 BGB.

I. Todeszeitpunkt ist absehbar

- a Im direkten, mit großer Wahrscheinlichkeit nach nicht mehr abwendbaren Sterbeprozess.

II. Todeszeitpunkt ist noch nicht absehbar

- b Bei schwersten zerebralen Schädigungen (Gehirnschäden), die z. B. durch Unfälle, entzündliche Prozesse, Hirnblutungen oder Schlaganfall verursacht wurden bzw. nach Wiederbelebung oder Lungenversagen eingetreten sind und aller Voraussicht nach unwiederbringlich mit dem Verlust meiner Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen zu kommunizieren einhergehen. Umfasst sind insbesondere auch Zustände der Dauerbewusstlosigkeit und des (Wach-) Komas, selbst wenn nicht mit letzter Sicherheit auszuschließen ist, dass ich aus diesem Zustand wieder erwache. Diese – sehr unwahrscheinliche – Möglichkeit nehme ich bewusst in Kauf.
- c In der terminalen Phase (Endstadium) einer tödlich verlaufenden, unheilbaren Krankheit.
- d Im Falle schleichender Gehirnabbauprozesse, die bereits sehr weit fortgeschritten sind und aufgrund derer es mir nicht mehr möglich ist, selbst oder mit entsprechender Hilfe Dritter Flüssigkeit oder Nahrung auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. Umfasst sind hierbei auch alle Formen der Demenzerkrankungen wie z. B. Alzheimer-Krankheit.

C. Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher/pflegerischer Maßnahmen

Ich verlange demzufolge ausdrücklich in den nachfolgend von mir angekreuzten Fällen: ² _____

- a Eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung. Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung. Die Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.
- b Das Lindern von Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Angst, Unruhe und anderen Krankheitserscheinungen sowie fachgerechte Körperpflege und Pflege von Mund und Schleimhäuten zur Vermeidung eines Durstgefühls.
- c Das Verabreichen von Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden, nicht zur Lebensverlängerung.
- d Dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung, also z. B. Magensonde durch Mund, Nase, Bauchdecke (sog. PEG) oder venöse Zugänge, erfolgt bzw. eine bereits erfolgende künstliche Ernährung eingestellt wird.
- e Die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr bis zum vollständigen Einstellen unter ärztlicher Kontrolle.
- f Die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.
- g Dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot/Unterdrückung des Atemnotreflexes erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

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

² Hier sind die im Einzelfall angekreuzten Buchstaben aus den Feldern handschriftlich einzeln aufzuführen, also z. B. „a, b, c und d“ bzw. „a, b, c, d, e, f und g“. Damit soll einem nachträglichen Ankreuzen offen gelassener Felder durch Dritte vorgebeugt werden.

D. Organspende

Ich habe meine Bereitschaft zur Organspende in einem Spenderausweis niedergelegt

Falls ich „Ja“ angekreuzt habe, wünsche ich, dass die Entnahme in Übereinstimmung mit den vorstehenden Angaben durchgeführt wird.

Nein

Ja

E. Meine Vertreter

Folgender Person / Folgenden Personen habe ich bereits schriftlich bzw. notariell eine rechtsverbindliche Vollmacht zur Wahrnehmung meiner Interessen erteilt:

Name

Anschrift

Name

Anschrift

Anstelle einer Vollmacht existiert eine Betreuungsverfügung für den Fall der Bestellung eines gesetzlichen Betreuers.

F. Beistand

Ich erbitte

➔ Beistand durch folgende Personen:

➔ Beistand durch einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

➔ hospizlichen Beistand:

G. Beratung

Ich habe mich vor der Erteilung dieser Patientenverfügung beraten lassen durch:

Name/Institution

Anschrift

Telefon

Ort, Datum

Unterschrift des Beratenden

H. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich vollumfänglich, dass der Inhalt dieser Patientenverfügung meinem aktuellen Willen entspricht.

Ort, Datum

Unterschrift des Verfügenden

Bestätigung des Arztes meines Vertrauens³

Name

Anschrift

Telefon

Herr/Frau

wurde von mir am _____ zu dieser Patientenverfügung beraten.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arztes

Hiermit bestätige ich den in meiner Patientenverfügung niedergelegten Willen:⁴

Ort	Datum	Unterschrift

³ Eine ärztliche Beratung ist nach geltender Rechtslage keine Wirksamkeitsvoraussetzung für die Gültigkeit einer Patientenverfügung, sie ist aber dennoch zu empfehlen.

⁴ Eine regelmäßige Aktualisierung ist nach geltender Rechtslage keine Wirksamkeitsvoraussetzung für die Gültigkeit einer Patientenverfügung. Eine Bestätigung etwa alle ein bis zwei Jahre, kann sich dennoch empfehlen. Aus dem Fehlen einer Unterschrift darf aber nicht hergeleitet werden, dass der Verfügende seine Patientenverfügung nicht mehr aufrecht erhalten wollte, siehe A. letzter Absatz.

Me Notfallausweis

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon

Im Notfall bitte mit den rückseitig genannten Personen Kontakt aufnehmen.

Sie wissen Bescheid über meine:*

- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung

* Bitte Zutreffendes ankreuzen

Notfallausweis

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon

Im Notfall bitte mit den rückseitig genannten Personen Kontakt aufnehmen.

Sie wissen Bescheid über meine:*

- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung

* Bitte Zutreffendes ankreuzen



Angehörige(r) Bevollmächtigte(r)
 Betreuer(in) Vertrauensperson

Bitte Zutreffendes
ankreuzen

Angehörige(r) Bevollmächtigte(r)
 Betreuer(in) Vertrauensperson

Bitte Zutreffendes
ankreuzen

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Behandelnder Arzt/Hausarzt

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Behandelnder Arzt/Hausarzt



Gesundheitsdaten

Wichtige Behandlungsmaßnahmen/Krankheiten:

Blank lines for entering health data.

Ort, Datum

Unterschrift

Gesundheitsdaten

Wichtige Behandlungsmaßnahmen/Krankheiten:

Blank lines for entering health data.

Ort, Datum

Unterschrift



Organspendeausweis



nach § 2 des Transplantationsgesetzes

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße

.....
PLZ, Wohnort



**Bundeszentrale
für gesundheitliche
Aufklärung**

 **Organspende**
schenkt Leben.

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer 0800/90 40 400.

Den Organspendeausweis bitte deutlich lesbar ausfüllen und heraustrennen.

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:

oder JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

oder NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

.....
Name, Vorname

.....
Telefon

.....
Straße

.....
PLZ, Wohnort

.....
Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise

.....
DATUM

.....
UNTERSCHRIFT

Feststellung des aktuell verbindlichen Patientenwillens

Patient ist einwilligungs- und
äußerungsfähig



Eigene aktuelle
Äußerung des Willens

Patient ist **nicht** einwilligungs- und
äußerungsfähig



1. Prüfungsschritt:
Eigene Äußerung des Willens
im Voraus durch schriftliche,
situationsgenaue Patientenverfügung

wenn (-)

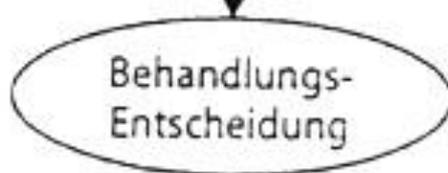


2. Prüfungsschritt:
Ermittlung durch Stellvertreter:
Behandlungswünsche oder
individueller **mutmaßlicher** Wille

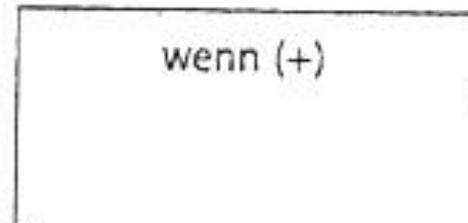
wenn (-)



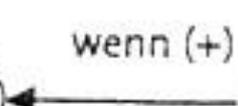
3. Prüfungsschritt:
Ermittlung durch Stellvertreter:
objektives Wohl anhand
allgemeiner Wertvorstellungen



wenn (+)



wenn (+)





**Meine
Patientenverfügung**

2. Auflage