

Patientenverfügung

Ich

.....
(Name, Vorname, geboren am, wohnhaft in)

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

1. Diese Verfügung soll gelten, wenn:

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. Ja Nein

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

- ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (können namentlich benannt werden) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, 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 auszu-schließen, aber unwahrscheinlich ist¹. Ja Nein

- ich infolge 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 nehmen². Ja Nein

¹ Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei Wachkomapatienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein weitgehend eigenständiges Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

² Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z.B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

Erstellt		Geprüft		Geändert		Freigabe	
Datum	27.04.2010	Datum	03.09.2012	Datum	01.09.2012	Datum	03.09.2012
Name	Steinbrink	Name	H. Bürgener	Name	B. Steinbrink	Name	H. Bürgener
Änderungsstatus/Rev/Stand		Rev. 1.1., Stand: 04/10		Patientenverfügung Bundesministerium Justiz vom 01.09.2012			
© Dr. Feuchter-Stiftung		Seite 1 von 9					

- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

(Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.)

2. Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine

Beschwerden zu lindern.

Ja Nein

- auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte.

Ja Nein

ODER

- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

Ja Nein

3. Schmerz- und Symptombehandlung³

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.

Ja Nein

ODER

- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.

Ja Nein

- die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Ja Nein

³ Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in Extremsituationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sog. Indirekte Sterbehilfe).

Erstellt		Geprüft		Geändert		Freigabe	
Datum	27.04.2010	Datum	03.09.2012	Datum	01.09.2012	Datum	03.09.2012
Name	Steinbrink	Name	H. Bürgener	Name	B. Steinbrink	Name	H. Bürgener
Änderungsstatus/Rev/Stand		Rev. 1.1., Stand: 04/10		Patientenverfügung Bundesministerium Justiz vom 01.09.2012			
© Dr. Feuchter-Stiftung		Seite 2 von 9					

4. Künstliche Ernährung⁴

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

-dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird.

Ja Nein

ODER

-dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt.

Ja Nein

5. Künstliche Flüssigkeitszufuhr⁵

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

Ja Nein

ODER

- die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

Ja Nein

ODER

- die Unterlassung jeglicher künstlichen Flüssigkeitszufuhr.

Ja Nein

6. Wiederbelebung⁶

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung.

Ja Nein

⁴ Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten.

⁵ Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u.a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann.

⁶ Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebensmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z.B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebensmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.

Erstellt		Geprüft		Geändert		Freigabe	
Datum	27.04.2010	Datum	03.09.2012	Datum	01.09.2012	Datum	03.09.2012
Name	Steinbrink	Name	H. Bürgener	Name	B. Steinbrink	Name	H. Bürgener
Änderungsstatus/Rev/Stand		Rev. 1.1., Stand: 04/10		Patientenverfügung Bundesministerium Justiz vom 01.09.2012			
© Dr. Feuchter-Stiftung		Seite 3 von 9					

ODER

- die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.

Ja Nein

- dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

Ja Nein

B. Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

Ja Nein

ODER

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen unerwartet eintreten.

Ja Nein

7. Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

Ja Nein

ODER

- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, 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.

Ja Nein

8. Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

Ja Nein

Erstellt		Geprüft		Geändert		Freigabe	
Datum	27.04.2010	Datum	03.09.2012	Datum	01.09.2012	Datum	03.09.2012
Name	Steinbrink	Name	H. Bürgener	Name	B. Steinbrink	Name	H. Bürgener
Änderungsstatus/Rev/Stand		Rev. 1.1., Stand: 04/10		Patientenverfügung Bundesministerium Justiz vom 01.09.2012			
© Dr. Feuchter-Stiftung		Seite 4 von 9					

ODER

- dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

Ja Nein

9. Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

Ja Nein

ODER

- Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.

Ja Nein

10. Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

Ja Nein

ODER

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden.

Ja Nein

11. Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

Ja Nein

ODER

- wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

Ja Nein

ODER

- wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ja Nein

Erstellt		Geprüft		Geändert		Freigabe	
Datum	27.04.2010	Datum	03.09.2012	Datum	01.09.2012	Datum	03.09.2012
Name	Steinbrink	Name	H. Bürgener	Name	B. Steinbrink	Name	H. Bürgener
Änderungsstatus/Rev/Stand		Rev. 1.1., Stand: 04/10		Patientenverfügung Bundesministerium Justiz vom 01.09.2012			
© Dr. Feuchter-Stiftung		Seite 5 von 9					

Ich möchte

- Beistand durch folgende

Personen:

- Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

- hospizlichen Beistand.

12. Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

- Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein(e) Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

- 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. Von meiner Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) 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 geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen:

- meiner/ meinem Bevollmächtigten.

- meiner Betreuerin/ meinem Betreuer.

- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

- andere Person:

Erstellt		Geprüft		Geändert		Freigabe	
Datum	27.04.2010	Datum	03.09.2012	Datum	01.09.2012	Datum	03.09.2012
Name	Steinbrink	Name	H. Bürgener	Name	B. Steinbrink	Name	H. Bürgener
Änderungsstatus/Rev/Stand		Rev. 1.1., Stand: 04/10		Patientenverfügung Bundesministerium Justiz vom 01.09.2012			
© Dr. Feuchter-Stiftung		Seite 6 von 9					

13. Weitere Vorsorgeverfügungen

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Bevollmächtigte(r)

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl des der Betreuerin oder des Betreuers erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen).

Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

14. Beigefügte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen:

- Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

15. Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu⁷ (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt).

Ja Nein

⁷ Vgl. § 3 Abs. 2 des Transplantationsgesetzes.

Erstellt		Geprüft		Geändert		Freigabe	
Datum	27.04.2010	Datum	03.09.2012	Datum	01.09.2012	Datum	03.09.2012
Name	Steinbrink	Name	H. Bürgener	Name	B. Steinbrink	Name	H. Bürgener
Änderungsstatus/Rev/Stand		Rev. 1.1., Stand: 04/10		Patientenverfügung Bundesministerium Justiz vom 01.09.2012			
© Dr. Feuchter-Stiftung		Seite 7 von 9					

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organ-spender 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.

Ja Nein

- gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

Ja Nein

ODER

- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Ja Nein

16. Ärztliche Aufklärung

- Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrück-lich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

Ja Nein

17. Schlussbemerkungen

- Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.

Ja

- Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.

Ja

- Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

Ja Nein

- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

Ja Nein

Erstellt		Geprüft		Geändert		Freigabe	
Datum	27.04.2010	Datum	03.09.2012	Datum	01.09.2012	Datum	03.09.2012
Name	Steinbrink	Name	H. Bürgener	Name	B. Steinbrink	Name	H. Bürgener
Änderungsstatus/Rev/Stand		Rev. 1.1., Stand: 04/10		Patientenverfügung Bundesministerium Justiz vom 01.09.2012			
© Dr. Feuchter-Stiftung		Seite 8 von 9					

18. Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau _____

wurde von mir am _____
bzgl. der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.
Er/sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum _____

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes _____

- Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden.

19. Aktualisierung

- Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

Ja Nein

ODER

- Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von (Zeitangabe) ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

Ja Nein

- Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

Datum _____

Unterschrift _____

Erstellt		Geprüft		Geändert		Freigabe	
Datum	27.04.2010	Datum	03.09.2012	Datum	01.09.2012	Datum	03.09.2012
Name	Steinbrink	Name	H. Bürgener	Name	B. Steinbrink	Name	H. Bürgener
Änderungsstatus/Rev/Stand		Rev. 1.1., Stand: 04/10		Patientenverfügung Bundesministerium Justiz vom 01.09.2012			
© Dr. Feuchter-Stiftung		Seite 9 von 9					