



Ich

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

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

Wenn

☐

ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde...

☐

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

☐

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 auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.

☐

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 zunehmen.

☐

Im Falle meiner nicht Entscheidungsfähigkeit entscheide ich hiermit, dass mein/-e Bevollmächtigte/-r, die Entscheidungen in meinem Will durchführt.

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:



Lebensrettende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- ☐ (JA) dass maximale Therapie im Rahmen der nachfolgend festgelegten Einschränkungen.
- ☐ (JA) auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte.
- ☐ (NEIN) 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.

Schmerz- und Symptombehandlung

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

- ☐ (NEIN) keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.
- ☐ (JA) Bewusstseinsdämpfende Mittel zur Symptomlinderung, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Künstliche Ernährung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- ☐ (JA) dass eine künstliche Ernährung (PEG) begonnen oder weitergeführt wird.
- ☐ (NEIN) dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt.

Künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- ☐ (JA) eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.
- ☐ (NEIN) keine künstlichen Flüssigkeitszufuhr jeglicher Art.
- ☐ Im Zweifel sollen belastende lebenserhaltende Maßnahmen nach ärztlicher



Wiederbelebung

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

☐

(JA) in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung.

☐

(JA), aber nur wenn gute Aussicht auf Erholung besteht

☐

(NEIN) **keine Wiederbelebung** (DNR).

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

☐

(NEIN) grundsätzlich lehne ich Wiederbelebnungsmaßnahmen ab.

Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

☐

(JA) eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

☐

(NEIN), 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.

Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

☐

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

☐

(NEIN) dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

☐

Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

☐

Antibiotika **nur zur Symptomlinderung bzw. keine.**



Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- ☐ die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.
- ☐ die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen **nur zur Symptomlinderung.**

Organspende

- ☐ JA
Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender 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.
- ☐ gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.
- ☐ NEIN - Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

- ☐ zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.
- ☐ wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- ☐ wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte

Beistand durch folgende
Personen:

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

hospizlichen Beistand.



Vertretung

Die letztverbindliche Entscheidung, wenn eine Auslegung nötig ist soll erfolgen durch

☐

Bevollmächtigte Person

☐

Gerichtlicher Betreuer/in (Name: _____)

☐

behandelnde/r Ärztin/Arzt

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

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein/e Bevollmächtigte(r) – 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 meinem/meiner Bevollmächtigten/m erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Situationen, 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. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt bei:

Name: _____

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber mein(e) Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt bei:

Name: _____



Hinweise auf Vorsorgevollmacht:

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: _____

Hinweis auf Betreuungsverfügung:

Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl 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: _____

Ich habe einen Notfallbogen ausgefüllt, den auch meine Hausärztin/mein Hausarzt bestätigt hat.

Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

☐

Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.

☐

Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

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



Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne Äußeren Druck erstellt. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert
bei/durch _____

und beraten lassen durch _____

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.

Aktualisierung

☐

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

☐

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

Datum _____

Unterschrift _____



Notfall- Patientenverfügung

Der Notfallbogen konkretisiert die Patientenverfügung

Name: _____ Geb.: _____

Adresse: _____

Ggf. Bevollmächtigte/r/Betreuer/in: _____ Tel: _____

Für eine lebensbedrohliche Notfallsituation, in der ich nicht einwilligungsfähig bin, lege ich fest: Nur eine Antwort ist möglich (A, B1, B2, B3, C) - sonst ungültig!

Therapieziel = Lebenserhaltung

- ☐ **A: Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie** **einschließlich einer Herz-Lungen- Wiederbelebung**

Therapieziel = Lebenserhaltung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

- ☐ **B: Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivmedizin
- ☐ **B1: Keine-Herz-Lungen Wiederbelebung**
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivmedizin
- ☐ **B2: Keine-Herz-Lungen Wiederbelebung**
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivmedizin
- ☐ **B3: Keine-Herz-Lungen Wiederbelebung**
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Keine Mitnahme in Krankenhaus
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivmedizin

Therapieziel C = Linderung, nicht Lebenserhaltung

- ☐ **C: Ausschließliche Maßnahmen mit dem Ziel der Palliation**

Diese Festlegung ist Ausdruck meines Behandlungswillens und steht im Einklang mit der umseitig dokumentierten Therapiezielklärung. Die such daraus ergebenden Folgen habe Ich verstanden

Vorname: _____ Name: _____

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift des Verfassers

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet“ Vorname: _____ Name: _____ Unterschrift Gesprächsbegleiters: _____	„Die hier getroffene Festlegung gibt den Behandlungswillen der oben genannten Person angemessen wieder“ Name: _____ Vorname: _____ Unterschrift des Bevollmächtigten: _____
--	--

Ärztliche Stellungnahme

„Diese Festlegung berücksichtigt die medizinische Situation der o.g. Person und wurde mit ihr erörtert. Ich bestätige die Einwilligungsfähigkeit und ihr Verständnis der Implikation dieser Feststellung.“

- ☐ Ein Krisenplan
Wurde erstellt. _____, den _____
- _____
Unterschrift des Arztes und Stempel