Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich, ...
(Name, Vorname, Geburtsname)

geboren am ..... in.....

wohnhaft in ....

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann,
<u>bestimme ich</u> folgendes:

Zutreffendes habe ich hier angekreuzt:
(Sie können zusätzlich die Textpassagen, die für Sie nicht gelten sollen, streichen)

1. 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 unmittelbare Sterbeprozess noch nicht absehbar ist. ☐

- Wenn in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen sind, selbst wenn gelegentliche Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst und ich habe bei den hier niedergelegten Entscheidungen bedacht, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass aber eine Besserung dieses Zustands äußerst unwahrscheinlich ist. ☐

- Wenn ich in Folge 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 nehmen. ☐

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

Bitte auch diese Seite unterschreiben:

..... Ort, Datum

..... Unterschrift

2. In allen unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen <u>verlange</u> <u>ich:</u>

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf. ☐

3. In allen unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen <u>verbiete</u> <u>ich:</u>

- alle lebensverlängernden oder lebenserhaltenden Therapien oder Maßnahmen, die nicht ausschließlich die Linderung von Leiden zum Ziel haben. Insbesondere verbiete ich maschinelle Beatmung, künstliche Ernährung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden. ☐
- Wiederbelebungsmaßnahmen ☐
- **Insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht (z. B. Komafälle), <u>verbiete</u> ich künstliche Beatmung sowie jede Art der künstlichen Ernährung und künstlichen Flüssigkeitsgabe** (sowohl über eine Sonde durch den Mund, die Nase, die Bauchdecke oder über die Vene). **Solche Maßnahmen sind zu beenden, falls sie bereits eingeleitet wurden.** ☐
- Sollte ich Träger eines Defibrillators sein, so ist dieser zu deaktivieren. ☐

4. Zusätzliche Erklärung für einen fortschreitenden Hirnabbauprozess (z.B. Demenz):
Sie können diese Regelung schon jetzt rein vorsorglich treffen, ohne dass Sie derzeit schon die Diagnose einer solchen Krankheit haben. Alternativ können Sie die Regelung bis zur Feststellung einer solchen Diagnose zurückstellen. In jedem Fall wird der/die Bevollmächtigte entscheiden müssen, ob der Zeitpunkt der Umsetzung der nachfolgenden Regelungen nach Ihrem Willen schon erreicht ist.

Unabhängig vom Stadium der Erkrankung, **unabhängig** von meiner Fähigkeit, selbst noch Nahrung und Flüssigkeit aufnehmen zu können und unabhängig von meiner geistigen Beeinträchtigung **<u>verbiete ich</u>**

- eine Wiederbelebung im Falle eines Herz-Kreislaufstillstandes (Überlegen Sie, ob Sie ggf. frühzeitig eine Deaktivierung eines bei Ihnen implantierten Defibrillators herbeiführen wollen). ☐
- jede lebensverlängernde ärztliche Behandlung bei einer hinzutretenden, potentiell tödlich verlaufenden Krankheit, damit ich sterben kann. Es darf dann nur noch eine palliative Behandlung stattfinden, die Schmerzen und quälende Symptome lindert. ☐

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine verbotene aktive Sterbehilfe.

Bitte auch diese Seite unterschreiben:

..... Ort, Datum

..... Unterschrift

5. Hinweise zu meiner Patientenverfügung:

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

Sollte ich meine Patientenverfügung jedoch ganz oder teilweise widerrufen, wenn Situationen eintreten, die ihre Umsetzung verlangen, so muss durch ein Gutachten eines Facharztes für Neurologie oder Psychiatrie, der nicht in der Einrichtung tätig sein darf, in der ich mich ggf. befinde, nachgewiesen sein, dass ich hierzu die notwendige Entscheidungsfähigkeit habe. Bleiben Zweifel, so ist diese Patientenverfügung als mein fortgeltender und damit aktueller Wille zu respektieren und umzusetzen. Auf einen aktuellen Widerruf darf dann nicht abgestellt werden, erst recht nicht, wenn ein solcher Widerruf nur aus einem »natürlichen Willen« meinerseits hergeleitet wird.

Sofern in dieser Patientenverfügung oder in einer Anlage Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

.....	.....	.....
Ort	Datum	Unterschrift

6. Erneuerung der Patientenverfügung:

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z.B. alle ein bis zwei Jahre) mit Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Bestätigung bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine wesentliche Änderung Ihrer persönlichen Lebensumstände, insbesondere im gesundheitlichen Bereich, eintritt.

Ort	Datum	Unterschrift

7. Beratung bei der Abfassung der Patientenverfügung:

Eine Beratung ist empfehlenswert, aber für die Rechtsverbindlichkeit dieser Verfügung nicht Voraussetzung! Es empfiehlt sich, die Beratung durch einen Arzt, Rechtsanwalt, Hospizverein oder Betreuungsstelle durch eine kurze Notiz auf dieser Patientenverfügung zu dokumentieren. Ein solches Beratungsgespräch kann unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.

Bei der Abfassung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von:

Datum, (Praxis-) Stempel oder Bezeichnung der Einrichtung, Organisation oder Name des Arztes, Unterschrift des Beraters, ggf. zusätzliche Erklärungen des Beraters, zum Beispiel zum Gesundheitszustand der/des Verfügenden bei Erstellung der Patientenverfügung:

.....

.....

Auch wenn keine Beratung erfolgte, sollten Sie hier den Arzt Ihres Vertrauens benennen, damit bei ihm Rücksprache genommen werden kann:

Arzt /Ärztin meines Vertrauens ist: .....

Anschrift, Telefon, Fax: .....

.....

8. a) Hinweis auf (eine) existierende Vorsorgevollmacht(en):

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung Vorsorgevollmacht(en) erstellt und den Inhalt der Patientenverfügung mit dem/der/den Bevollmächtigten besprochen ☐

Name: ..... Name: .....

Anschrift: ..... Anschrift: .....

....

Telefon: ..... Telefon: .....

8. b) Hinweis für die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung (alternativ zu a):

Ich habe niemandem Vorsorgevollmacht erteilt und wünsche, dass ein vom Betreuungsgericht für mich bestellter Betreuer meinem Willen, wie er sich aus dieser Patientenverfügung ergibt, Ausdruck verschafft und ihn durchsetzt. ☐

Bitte auch diese Seite unterschreiben:

..... Ort, Datum

..... Unterschrift

9. Raum für persönliche Erklärungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Diese Patientenverfügung ist nach den § 1901 ff. BGB (Patientenverfügungsgesetz) für jedermann rechtsverbindlich. Sie kann bei Missachtung mit anwaltlicher Hilfe, ggf. auch gerichtlich, gegen Kliniken, Ärzte und Pflegeheime durchgesetzt werden. Eine Missachtung ist zudem als Körperverletzung strafbar. Die Umsetzung einer Patientenverfügung bedarf nur in Konfliktfällen zwischen Arzt und Bevollmächtigtem bzw. Betreuer einer betreuungsgerichtlichen Genehmigung (§ 1904 BGB).

PUTZ · SESSEL · STELDINGER
RECHTSANWÄLTE
KANZLEI FÜR MEDIZINRECHT

Quagliostraße 7 · 81543 München · Telefon: 089 / 65 20 07 · Fax: 089 / 65 99 89
kanzlei@putz-medizinrecht.de • www.putz-medizinrecht.de

Nachdruck oder Kopieren dieses Textes ist nur mit dieser Quellenangabe erlaubt! (Juli 2019)

Bitte auch diese Seite unterschreiben:

..... Ort, Datum

..... Unterschrift