

Patientenverfügung

Von

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

PLZ, Wohnort

Straße, Haus-Nr.

1. Einleitung

Die Möglichkeit, mit dem Erstellen einer Patientenverfügung Einfluss auf meine medizinisch/pflegerische Versorgung zu nehmen, ist mir wichtig. Für den Fall, dass ich einmal schwer krank und/oder pflegebedürftig werde, gehe ich davon aus, dass Angehörige, Freunde, Behandelnde und Pflegende Gutes für mich wollen. Was ich selbst für mich für das Gute halte, möchte ich mit dieser Patientenverfügung zum Ausdruck bringen. Mir ist bewusst, dass Krankheits-/Behandlungssituationen evtl. Fragen aufwerfen, die auch eine Patientenverfügung nicht abschließend beantworten kann. In meinen folgenden Angaben habe ich meine Haltung und Entscheidungen zu bestimmten Fragestellungen mit den mir zur Verfügung stehenden Mitteln formuliert. Von allen an der Entscheidung Beteiligten erwarte ich, dass meine erkennbare Haltung für oder gegen lebenserhaltende Maßnahmen auch in unklaren Situationen bestmöglich angewendet wird.

2. Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll, weil ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann

2.a Situationen, in der lebenserhaltende Maßnahmen nicht mehr medizinisch indiziert sind

- Für die Beurteilung der Situation des eingetretenen Sterbeprozesses vertraue ich auf die Expertise des Behandlungsteams. Die beteiligten Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen werden gemeinsam unter Betrachtung der Gesamtsituation eine richtige Einschätzung zum Eintritt des Sterbeprozesses vornehmen können.

Mir ist bewusst, dass in der Situation des eingetretenen Sterbeprozesses keine medizinische Indikation mehr für lebensverlängernde Maßnahmen gegeben ist, wenn diese keine Wirksamkeit und/oder keinen Nutzen mehr im Sinne eines tatsächlichen Therapiezieles haben, welches sich auf mein Wohl bezieht. Ich habe verstanden, dass ich, anders als in den unter 2.b beschriebenen Situationen, deshalb auch nicht mehr die Wahl zwischen Durchführung oder Ablehnung solcher nicht indizierter lebenserhaltender Maßnahmen habe.

Ich bitte darum, den eingetretenen Sterbeprozess nicht zu verlängern, sondern mich dabei bestmöglich zu begleiten durch das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome. Maßnahmen wie z.B. maschinelle Beatmung, künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, die Gabe von kreislaufstabilisierenden Medikamenten, Dialyse, Gabe von Antibiotika und Blutprodukten und wiederbelebende Maßnahmen lehne ich ausdrücklich ab. Siehe dazu auch Punkt 3 dieser Verfügung: ‚Schmerz- und Symptombehandlung‘ und ‚Implantierter Defibrillator‘.

Datum, Unterschrift

2.b Situationen, in denen lebenserhaltene Maßnahmen indiziert sein können und ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann

- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn ich durch Gehirnschädigung oder geistige Verwirrung aller Wahrscheinlichkeit nach (nach Einschätzung eines erfahrenen Behandlungsteams) unwiederbringlich die Fähigkeit verloren habe, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder demenzielle Erkrankungen ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Und dies sind nur Beispiele; andere Situationen mit vergleichbaren Folgen sind auch gemeint. Ich bin 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.
- Wenn ich bei schwerer Pflegebedürftigkeit dauerhaft auf die Hilfe anderer Menschen, z.B. bei der Körperpflege/-hygiene, der Mobilisation/Bewegung, Essen und Trinken und der Gestaltung des täglichen Lebens, angewiesen bin und meine geistigen Fähigkeiten, Entscheidungen zu treffen, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten und weiterreichende Zusammenhänge zu erkennen, stark beeinträchtigt oder gar erloschen sind. Das gilt auch bei einer weit fortgeschrittenen Demenz.
- Wenn ich selbst oder auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. Das gilt auch bei einer weit fortgeschrittenen Demenz.
- Wenn ich im Verlauf meiner bestehenden chronisch-progredient verlaufenden Erkrankung folgenden gesundheitlichen Zustand erreichen sollte

<hr/> <hr/> <hr/>

Sonstiges:

<hr/>

3. Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

• Lebenserhaltende Maßnahmen

In den unter 2.b beschriebenen Situationen wünsche ich:

oder

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dass alles medizinisch Notwendige getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern. | <input type="checkbox"/> dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, ggfs. mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. |
| <input type="checkbox"/> auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden kann | 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. |

Datum, Unterschrift

- **Schmerz- und Symptombehandlung**

In den unter 2a und 2.b beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz und Symptombehandlung:

- aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel, die mich in einen Zustand dauerhafter Bewusstlosigkeit versetzen.

oder

- und ich akzeptiere, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten der Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel, die mich dauerhaft in einen Zustand der Bewusstlosigkeit versetzen.
Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

- **Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr**

In den unter 2.b beschriebenen Situationen wünsche ich:

- dass eine künstliche Ernährung begonnen und weitergeführt wird.
- eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

oder

- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.
- dass eine bereits bestehende künstliche Ernährung bzw. Flüssigkeitszufuhr beendet wird.

oder

- dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung, nicht im Sinne einer Lebenserhaltung, erfolgen.

- **Künstliche Beatmung**

In den unter 2.b beschriebenen Situationen wünsche ich:

- eine künstliche Beatmung, falls diese mein Leben verlängert

oder

- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine eingeleitete Beatmung eingestellt wird, vorausgesetzt, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte.
Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder ungewollten Lebensverkürzung durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

Datum, Unterschrift

- **Dialyse**

In den unter 2.b beschriebenen Situationen wünsche ich:

- | | | |
|--|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls diese mein Leben verlängern kann. | oder | <input type="checkbox"/> dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird. |
|--|-------------|---|
-

- **Antibiotika**

In den unter 2.b beschriebenen Situationen wünsche ich:

- | | | |
|--|-------------|--|
| <input type="checkbox"/> Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann. | oder | <input type="checkbox"/> dass keine Behandlung mit Antibiotika durchgeführt wird. |
| | oder | <input type="checkbox"/> dass Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung, nicht im Sinne einer Lebenserhaltung, gegeben werden. |
-

- **Wiederbelebende Maßnahmen**

In den unter 2.b beschriebenen Situationen wünsche ich:

- | | | |
|---|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung. | oder | <input type="checkbox"/> die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung. |
| | | <input type="checkbox"/> dass die Notärztin/der Notarzt nicht verständigt bzw. dass ein ggf. hinzugezogene/r Notärzt*in unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird. |

Zusätzliche Entscheidung zum Umgang mit einem **Implantierten Defibrillator**

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> im <input type="text"/> (Monat/ Jahr) habe ich bei entsprechender Indikation einen Defibrillator implantiert bekommen.
In den unter 2.a und 2.b beschriebenen Situationen wünsche ich, dass mein Defibrillator in seiner Schocktherapie deaktiviert wird.
Ich bin darüber aufgeklärt, dass die bisher gewollte lebenserhaltene Funktion des Gerätes dann nicht mehr gegeben ist. |
|---|

Ort/Datum

Unterschrift

- **Blut/Blutbestandteile**

In den unter 2.b beschriebenen Situationen wünsche ich:

- | | | |
|---|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann. | oder | <input type="checkbox"/> keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen. |
| | oder | <input type="checkbox"/> die Gabe von Blut und Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung, nicht im Sinne einer Lebenserhaltung. |

Datum, Unterschrift

4. Organspende

Für den Fall, dass nach der Feststellung des unumkehrbaren Ausfalls meiner gesamten Hirnfunktionen eine Spende meiner Organe/Gewebe zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

- Ja, ich gestatte, dass in oben genannter Situation meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.
- Ja, ich gestatte, dass in oben genannter Situation meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden, mit Ausnahme von:

- Ja, ich gestatte, dass in oben genannter Situation meinem Körper nur folgende Organe und Gewebe entnommen werden:

Mir ist bewusst, dass die Diagnostik und Organentnahme intensiv-medizinische Maßnahmen (insbesondere künstliche Beatmung) erfordern, die ich für diesen Zweck ggf. abweichend von meiner Patientenverfügung gestatte.

- Nein, ich lehne die Entnahme von Organen oder Gewebe in oben genannter Situation ab.

5. Aufenthalt und Beistand

Ich möchte in meiner letzten Lebensspanne,

- wenn möglich, zu Hause bzw. in meiner vertrauten Umgebung verbleiben.
- wenn möglich, in ein Hospiz verlegt werden.
- wenn möglich, in ein Krankenhaus verlegt werden.

Ich wünsche mir Beistand durch folgende Person(en):

Ich wünsche Beistand durch eine(n) Vertreter*in folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

Persönliche Ergänzungen, meine Werte, meine Beweggründe für diese Entscheidungen:

Datum, Unterschrift _____

6. Verbindlichkeit

Der in dieser Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärzt*innen und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter*in – Bevollmächtig(e)/Betreuer*in – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird. Wenn eine medizinische Indikation zur weiteren lebenserhaltenden Behandlung nicht oder nur sehr fraglich gegeben ist, erwarte ich, dass das offen seitens der Ärzt*innen ausgesprochen wird.

Sollte eine Ärztin/ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Verfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner/meinem Vertreter*in – 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 Verfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Verfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung

meiner/meines Vertreter*in – Bevollmächtigte(r) / Betreuer*in – oder der behandelnden Ärzt*innen besondere Bedeutung zukommen.

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärzt*innen/das Behandlungsteam oder mein(e) Vertreter*in – 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.

Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung meines Vertreters – Bevollmächtigte(r) / Betreuer*in – oder der behandelnden Ärzt*innen besondere Bedeutung zukommen.

Sollte Uneinigkeit zwischen den Behandelnden und meinen Vertretern/Angehörigen bestehen, soll, wenn möglich, ein klinisches Ethikkomitee oder eine vergleichbare Institution einbezogen werden.

Zusätzlich zu dieser Patientenverfügung habe ich eine Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung für u.a. Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person bzw. der/dem von mir gewünschten Betreuer*in besprochen.

Bevollmächtigte(r)/gewünschte(r) Betreuer*in

Name:

Anschrift:

Telefon:

Mobil:

7. Schlussformel

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine weitere ärztliche Aufklärung. Meine Entscheidungen habe ich gut informiert und für mich als richtig empfindend getroffen.¹

Datum, Unterschrift

8. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen in allen Punkten dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Eigene Erneute Willensbekundung:

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

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Information/Beratung (freiwillig)

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert und beraten lassen im

PIZ Patienteninformationszentrum, UKSH andere

Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit (freiwillig)

Herr/Frau

wurde von mir am

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war nach meiner Einschätzung in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes

1 BMJV (2019) Patientenverfügung: Die Schlussformel dient dazu, darauf hinzuweisen, dass der Ersteller der Patientenverfügung unter den beschriebenen Umständen keine weitere ärztliche Aufklärung wünscht. Diese Aussage ist besonders wichtig, da bestimmte ärztliche Eingriffe nur dann wirksam vorgenommen werden dürfen, wenn ein Arzt den Patienten vorher hinreichend über die medizinische Bedeutung und Tragweite der geplanten Maßnahmen, alternative Behandlungsmöglichkeiten und Konsequenzen eines Verzichts aufgeklärt hat. Einer ärztlichen Aufklärung bedarf es nicht, wenn der einwilligungsfähige Patient auf eine ärztliche Aufklärung verzichtet hat. Aus der Patientenverfügung sollte sich ergeben, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind.

Datum, Unterschrift