

Patientenverfügung

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

geboren am in.....

wohnhaft in

**meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann,
bestimme ich folgendes:**

**Zutreffendes
habe ich hier
angekreuzt:**

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- 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 der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für 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, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist. Beide Möglichkeiten ändern nichts an meinen hier niedergelegten Entscheidungen!
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der unmittelbare Sterbeprozess noch nicht absehbar 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.

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift

2. In allen unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im speziellen 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.

- Die Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden.

Auch wenn der Tod nicht unmittelbar bevorsteht (z. B. Komafälle), wünsche ich sterben zu dürfen, und verlange:

Keine künstliche Ernährung (weder über eine Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene) und keine Flüssigkeitsgabe (außer zur Beschwerdelinderung)

- Keine Wiederbelebensmaßnahmen

- Sollte ich Träger eines Defibrillators sein, so ist dieser zu deaktivieren.

3. Zusätzliche Erklärung für einen fortschreitenden Hirnabbauprozess (z.B. Demenz):

Unabhängig vom Stadium der Erkrankung, **unabhängig** von meiner Fähigkeit, selbst noch Nahrung und Flüssigkeit aufnehmen zu können und **unabhängig** von meiner geistigen Beeinträchtigung verlange ich

- im Falle eines Herz-Kreislaufstillstandes, nicht reanimiert zu werden (Überlegen Sie, ob Sie ggf. frühzeitig eine Deaktivierung eines bei Ihnen implantierten Defibrillators herbeiführen wollen).
- bei einer hinzutretenden, potentiell tödlich verlaufenden Krankheit, nicht lebensverlängernd behandelt zu werden. Es soll dann nur noch eine palliative Behandlung stattfinden, die Schmerzen und quälende Symptome lindert, damit ich sterben kann.

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

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift

4. 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.

Wenn ich jedoch diese Patientenverfügung ganz oder teilweise widerrufe, muss feststehen, dass ich hierzu noch die notwendige Einsichtsfähigkeit habe. Dies ist durch ein Gutachten eines Facharztes für Neurologie oder Psychiatrie festzustellen, der nicht in der Einrichtung tätig sein darf, in der ich mich in diesem Zeitpunkt befinde. Bleiben Zweifel hinsichtlich meiner aktuellen Einsichtsfähigkeit, so ist diese Patientenverfügung als mein fortgeltender und damit aktueller Wille zu respektieren und umzusetzen. Auf einen aktuellen Widerruf darf dann nicht abgestellt werden.

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

Hinweise zu meiner Patientenverfügung:**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 Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt.

Ort	Datum	Unterschrift

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:

.....

a) Hinweis auf eine existierende Vorsorgevollmacht:

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und den Inhalt der Patientenverfügung mit dem/der/den nachfolgend bezeichneten Bevollmächtigten besprochen. Achtung: dies ist nur ein Hinweis und ersetzt nicht die Vorsorgevollmacht(en).

Name: Name:

Anschrift: Anschrift:

.....

Telefon: Telefon:

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.

.....

Ort

Datum

Unterschrift

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 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! (Mai 2015)