

## Patientenverfügung

Ich,

geboren am:

wohnhaft in:

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

Wenn

ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar in 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 und Ärzte (Dr. med. Hausarzt und Dr. med. Neurologe) 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,

so treffe ich folgende Festlegungen:

Es sollen 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.

Ich erwarte eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung. Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung, nehme ich die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen in Kauf.

Ich wünsche, dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt. Die künstliche Flüssigkeitszufuhr soll nach ärztlichem Ermessen reduziert werden.

Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstandes oder Atemversagens lehne ich Maßnahmen der Wiederbelebung ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen unerwartet eintreten.

...

Bei künstlicher Beatmung soll bei Erfolglosigkeit der Abbruch der künstlichen Beatmung nach 3 x 24 Stunden erfolgen.

Ich wünsche, dass die behandelnden Ärzte über eine Dialyse entscheiden, die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Beschwerdelinderung erfolgt. Einer Entnahme von Organen nach meinem Tod zu Transplantationszwecken stimme ich zu.

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich Antibiotika zur Linderung meiner Beschwerden.

Ich möchte zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt werden.

Ich möchte Beistand durch meine Ehefrau/Ehemann

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 Ärzte oder das Behandlungsteam 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. Auch in diesen Fällen soll bei unterschiedlichen Meinungen der Auffassung meiner **Bevollmächtigten** ..... besondere Bedeutung zukommen.

Ich habe vorsorglich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit den von mir bevollmächtigten Personen besprochen:

### **Bevollmächtigte:**

Name:  
Anschrift:  
Telefon:

Name:  
Anschrift:  
Telefon:

Soweit ich in dieser Verfügung bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine weitere ärztliche Aufklärung.

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

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

Ich bin in Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

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

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert und beraten lassen durch Rechtsanwalt Bruno-A. Heyne, Martin-Schwantes-Straße 16 in 39245 Gommern.

...

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift :

Die Patientenverfügung ist unter dem Bearbeitungskennzeichen

registriert und in meiner Kanzlei hinterlegt.

Bruno-A. Heyne  
Rechtsanwalt

**Ich habe dieses Dokument nochmals gelesen und halte unverändert an meinen Entscheidungen fest.** (bitte im Abstand von 1-2 Jahren die Unterschrift wiederholen).

Unterschrift.

Datum: