

Beispiel: unsere Patientenverfügung

Die Patientenverfügung der Autorin der Ratgeber zu Vollmachten und Patientenverfügung, gemeinsam mit ihrer Ärztin formuliert

Bitte zuerst lesen

- Dies ist kein Formular, sondern ein Beispiel: Es enthält die persönlichen Entscheidungen der Verfasserin. Übernehmen Sie nichts, ohne es für sich zu prüfen, am besten gemeinsam mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt.
- Die Verfasserin lehnt Wiederbelebung in allen Fällen ab, auch außerhalb der beschriebenen Situationen, also etwa nach einem Unfall mit guten Heilungsaussichten. Das ist eine bewusste, sehr weitgehende Entscheidung.
- Die genannten Vertreter können nur dann für Sie entscheiden, wenn Sie ihnen zusätzlich eine schriftliche Vollmacht für Gesundheitsfragen erteilt haben, die diese Maßnahmen ausdrücklich nennt.
- Ein neutrales Formular zum Ankreuzen mit allen Wahlmöglichkeiten steht unter www.zurecht.de/muster/4.pdf.

Ich, [Name und Vorname], geboren am [Datum] in [Ort], wohnhaft in [Postleitzahl, Ort, Straße und Hausnummer], bestimme Folgendes für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, weil ich im Endstadium einer unheilbaren und tödlich verlaufenden Krankheit bin (selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist) oder falls ich infolge einer Gehirnschädigung meine Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit sowie die Fähigkeit, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte höchstwahrscheinlich unwiederbringlich verloren habe (z. B. durch direkte Gehirnschädigung oder durch indirekte Gehirnschädigung oder durch einen weit fortgeschrittenen Hirnabbau-Prozess):

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, 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, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung. 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, 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 die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

Wiederbelebung

Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen des Kreislaufstillstands oder Atemversagens lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, 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 durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

Antibiotika, Blut und Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen oder von Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.

Meine Vertreter

Ich bestimme folgende Personen zu meinen Vertretern: meinen Ehepartner [Name, geboren am ...], meine Kinder [Namen], [weitere Vertrauensperson].

Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben. Ich sollte, falls ich im Krankenhaus bin, wenn irgend möglich nach Hause gebracht werden.

Organspende

Ich erlaube eine Organspende nach meinem Tod. / Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod ab. [Zutreffendes übernehmen]

Verbindlichkeit

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem gesamten Behandlungsteam befolgt werden. Meine oben genannten Vertreter sind jeweils einzeln zur Vertretung befugt. Sie sollen dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille 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. Ich wünsche nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird.

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 und habe diese in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

Information und Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei: [Arzt, Anschrift, Telefon]

Herr/Frau [Name] wurde von mir am [Datum] bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt. Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

[Ort, Datum] [Unterschrift und Stempel des Arztes]

Diese Patientenverfügung gilt so lange, bis ich sie widerrufe. Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

[Ort, Datum] [Unterschrift]