Patientenverfügung

Formular zum Ankreuzen nach den Textbausteinen des Bundesministeriums der Justiz (Stand 2023)

Bevor Sie ankreuzen

- Eine Patientenverfügung kann nur ein einwilligungsfähiger Volljähriger errichten, und sie muss schriftlich sein. Sie können sie jederzeit formlos widerrufen.
- Sie wirkt nur, wenn sie konkret ist: für welche Situationen sie gilt (Teil 2) und welche Behandlungen Sie dann wünschen oder ablehnen (Teil 3). Kreuzen Sie in jedem Abschnitt genau eine Möglichkeit an. Der Satz „keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ allein reicht nicht.
- Besprechen Sie Ihre Entscheidungen mit Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt. Die ärztliche Bestätigung in Teil 8 ist freiwillig, hilft aber, falls später Zweifel an Ihrer Einwilligungsfähigkeit entstehen.
- Wer Ihren Willen durchsetzen soll, bestimmen Sie in einer Vorsorgevollmacht. Über ärztliche Maßnahmen darf ein Bevollmächtigter nur entscheiden, wenn die Vollmacht schriftlich ist und diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst. Ehegatten können sich ohne Vollmacht nur in Gesundheitsfragen und nur bis zu sechs Monate gegenseitig vertreten.
- Bestätigen Sie die Verfügung alle ein bis zwei Jahre mit Datum und Unterschrift (Teil 9). Tragen Sie die Hinweiskarte (Muster 5) bei sich.

1. Eingangsformel

Ich

_____

Name, Vorname, geboren am

_____

wohnhaft in

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

2. Situationen, für die diese Verfügung gilt

Wenn

- ☐ ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde,
- ☐ ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,
- ☐ infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte 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, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Mir ist bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist,
- ☐ ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenz) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen,
- ☐ eigene Beschreibung: _____

3. Festlegungen zu ärztlichen Maßnahmen

3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

☐ dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.

☐ 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.

3.2 Schmerz- und Symptombehandlung. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

☐ aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.

☐ wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung.

☐ Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

3.3 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

☐ dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

☐ dass eine künstliche Ernährung und/oder Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgt.

☐ dass keine künstliche Ernährung, unabhängig von der Form der Zuführung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge), und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

3.4 Wiederbelebung. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

☐ Versuche der Wiederbelebung.

☐ die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.

☐ dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

Nur ankreuzen, wenn Sie das wirklich wollen: Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

☐ lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

☐ lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

3.5 Künstliche Beatmung. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

☐ eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

☐ 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 oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

3.6 Dialyse. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

☐ eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

☐ dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

3.7 Antibiotika. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

☐ Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

☐ Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

☐ keine Antibiotika.

3.8 Blut und Blutbestandteile. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

☐ die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

☐ die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

☐ keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

4. Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

☐ zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

☐ wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

☐ wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte Beistand durch

☐ folgende Personen: _____

☐ eine Vertreterin oder einen Vertreter dieser Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft: _____

☐ hospizlichen Beistand.

5. Schweigepflicht

☐ Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen: _____

6. Verbindlichkeit und Auslegung

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Meine Vertreterin oder mein Vertreter, z. B. Bevollmächtigte oder Betreuer, soll dafür sorgen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird. Ist ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit, ihn zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige Behandlung gesorgt wird.

In Situationen, die hier nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln; diese Patientenverfügung ist dafür die Richtschnur. Wenn ich sie nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Bei unterschiedlichen Meinungen soll der Auffassung dieser Person besondere Bedeutung zukommen:

☐ meiner/meinem Bevollmächtigten

☐ meiner Betreuerin/meinem Betreuer

☐ der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt

☐ anderer Person: _____

7. Weitere Vorsorge, Organspende

☐ Ich habe zusätzlich eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der bevollmächtigten Person besprochen: _____

☐ Ich habe eine Betreuungsverfügung erstellt.

☐ Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich oben ausgeschlossen habe, geht ☐ die Organspende vor ☐ diese Patientenverfügung vor.

☐ Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod ab.

8. Schluss

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

_____

Ort, Datum Unterschrift

Freiwillig: Ärztliche Aufklärung und Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit. Herr/Frau _____ wurde von mir am _____ über die möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt und war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

_____

Datum Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes

9. Bestätigung

Diese Patientenverfügung gilt, bis ich sie widerrufe. Ich bestätige sie

☐ in vollem Umfang.

☐ mit folgenden Änderungen: _____

_____

Datum Unterschrift

_____

Datum Unterschrift

Formulierungen nach den „Textbausteinen für eine schriftliche Patientenverfügung“ des Bundesministeriums der Justiz, Stand 2023. Rechtsgrundlagen: §§ 1827, 1828, 1820 Abs. 2, 1358 BGB.