Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Patientenverfügung

Ich

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

bestimme für den Fall, dass ich vorübergehend oder dauerhaft außerstande bin, meinen Willen zu bilden oder verständlich zu äußern, dass

1. diese Verfügung für folgende Situationen gültig ist:

	JA	NEIN
• Wenn ich mich nach ärztlicher Diagnose aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.	☐	☐
• Wenn ich mich im Endstadium einer tödlich verlaufenden oder unheilbaren Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht abzusehen ist.	☐	☐
• Wenn aufgrund einer Gehirnschädigung meine Einsichtsfähigkeit, Entscheidungen zu treffen und diese anderen mitzuteilen, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren ist, auch wenn mein Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündungen, Tumore, fortgeschrittene Hirnabbauprozesse und 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 möglich, aber sehr unwahrscheinlich ist.	☐	☐

Ort, Datum: Unterschrift:

	JA	NEIN
• Wenn ich aufgrund eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. Demenzerkrankung) auch mit dauernder Hilfestellung nicht mehr fähig bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise aufzunehmen.	☐	☐
• Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Erkrankungen mit entsprechenden Symptomen sollen in derselben Weise beurteilt werden.	☐	☐

- _____
- _____
- _____

2. In sämtlichen von mir unter Punkt 1 mit „JA“ angekreuzten Situationen wünsche ich, dass folgende ärztliche und pflegerische Maßnahmen eingeleitet, unterlassen oder beendet werden:

Lebenserhaltende Maßnahmen

	JA	NEIN
• Ich wünsche, dass alles medizinisch Mögliche unternommen wird, um mich am Leben zu erhalten und Beschwerden zu lindern.	☐	☐
• Ich wünsche die Unterlassung aller lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen, die lediglich den Todeszeitpunkt verzögern und dadurch mein Leiden unnötig verlängern würden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.	☐	☐

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Schmerz- und Symptombehandlung

	JA	NEIN
• Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, insbesondere lindernde pflegerische Maßnahmen wie Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen wie die Bekämpfung von Schmerzen, Atemnot, Angst, Unruhe, Übelkeit und anderen Krankheitserscheinungen.	☐	☐
• Ich wünsche, wenn andere medizinische Mittel keine Linderung bringen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel. Eine dadurch evtl. bedingte Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf.	☐	☐

• _____

• _____

Künstliche Ernährung

	JA	NEIN
• Ich wünsche künstliche Ernährung, falls dies mein Leben verlängern kann.	☐	☐
• Ich wünsche künstliche Ernährung nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.	☐	☐

• _____

• _____

Künstliche Flüssigkeitszufuhr

	JA	NEIN
• Ich wünsche eine künstliche Flüssigkeitszufuhr, falls dies mein Leben verlängern kann.	☐	☐
• Ich wünsche eine verminderte Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.	☐	☐

• _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Künstliche Beatmung

	JA	NEIN
• Ich wünsche eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.	☐	☐
• Ich wünsche keine künstliche Beatmung oder die Einstellung einer bereits eingeleiteten Beatmung, aber die Linderung von Atembeschwerden und Luftnot mit Medikamenten und pflegerischen Maßnahmen. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.	☐	☐

- _____
- _____

Dialyse

	JA	NEIN
• Ich wünsche eine künstliche Blutwäsche, falls dies mein Leben verlängern kann.	☐	☐

Antibiotika

	JA	NEIN
• Ich wünsche Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.	☐	☐
• Ich wünsche Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.	☐	☐

Blut/Blutbestandteile

	JA	NEIN
• Ich wünsche die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.	☐	☐
• Ich wünsche die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.	☐	☐

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Wiederbelebungsmaßnahmen

	JA	NEIN
• Ich wünsche Wiederbelebungsmaßnahmen.	☐	☐

• _____

• _____

3. Ich wünsche eine Sterbebegleitung

☐ durch einen/den Hospizdienst _____

☐ durch einen/den Seelsorger _____

☐ durch _____

4. Ich möchte, wenn möglich, sterben

☐ im Krankenhaus.

☐ zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung.

☐ in einem Hospiz.

5. Ich besitze einen Organspendeausweis

	JA	NEIN
Dieser befindet sich bei/in:	☐	☐

_____

_____

6. Ich besitze keinen Organspendeausweis, stimme aber einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.

	JA	NEIN
	☐	☐

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

7. Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

(Name, Adresse, Telefon)

_____

_____

_____

8. Sonstiges

_____

_____

	JA	NEIN
Zusätzlich zu dieser Patientenverfügung habe ich eine **Vorsorgevollmacht** erstellt.	☐	☐

Ich habe den Inhalt dieser Patientenverfügung mit folgender von mir bevollmächtigten Person ausführlich besprochen:

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

	JA	NEIN
Ich habe eine **Betreuungsverfügung** erstellt.	☐	☐

Diese ist hinterlegt in/bei:

Weitere erklärende Bestandteile dieser Verfügung sind:

☐ Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen.

☐ Eine Ergänzung aufgrund einer bestehenden schweren Krankheit.

Diese Patientenverfügung habe ich nach sehr sorgfältigen Überlegungen erstellt.
Sie gilt als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts.

Diese Patientenverfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum

Unterschrift

Diese Patientenverfügung entspricht weiterhin meinen Wünschen und Vorstellungen.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum: Unterschrift:

Meine Wertvorstellungen

(Ergänzung zu meiner Patientenverfügung)

Wie bewerte ich mein bisheriges Leben?
Wie stelle ich mir mein zukünftiges Leben vor?
Welche Rolle spielt die Religion in meinem Leben? usw.

Ort, Datum: **Unterschrift:**

Ort, Datum

Unterschrift

Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum:_____

Adresse:_____

die Patientenverfügung vom _____ (Datum) im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen Kräfte verfasst hat und einsichtsfähig ist.

_____

Ort, Datum

_____

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

Ich bestätige, dass der o.g. Verfasser zum Zeitpunkt der Aktualisierung seiner Patientenverfügung im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte und einsichtsfähig war.

_____

Ort, Datum

_____

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

Ergänzung aufgrund einer bestehenden schweren Krankheit

(Dieses Formular muss zusammen mit
Ihrem behandelnden Arzt ausgefüllt werden!)

Diagnose:

Eventuelle Komplikationen	Vom Patienten erwünschte Behandlung

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift/Stempel des Arztes/der Ärztin