

Patientenverfügung

Ich, _____
(Vorname) (Name)

geb. am _____

wohnhaft in _____

verfasse hiermit für den Fall, dass ich meine Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, folgende Patientenverfügung:

Ich treffe die nachfolgenden Bestimmungen für folgende Fälle:

- Ich befinde mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess
- Ich befinde mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist
- Infolge einer Gehirnschädigung, nach Einschätzung zweier Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach, meine Fähigkeit Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten unwiderbringlich erloschen ist, selbst wenn der Tod nicht absehbar ist. Dies gilt für Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess, ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder durch 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.
- Ich bin nicht mehr in der Lage, infolge des weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. durch Demenzerkrankung), auch mit ausdauernder Hilfestellung, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation (wenn gewünscht)

036461/ 20304
Obere Marktstr. 8
99518 Bad Sulza

036421/22338
Alte Brückenstr. 6
07774 Camburg

heuschild-bestattung
@t-online.de



HB

In allen oben beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

- das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegeben falls mit Hilfe bei 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.
- bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit hierdurch nehme ich in Kauf.
- keine künstliche Ernährung (weder über eine Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke, noch über Vene).
- die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.
- keine Wiederbelebungsmaßnahmen.
- keine künstliche Beatmung, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch die Medikamente nehme ich in Kauf.
- keine Gabe von Antibiotika, es sei denn, sie dienen nur der Linderung meiner Beschwerden.
- keine Bluttransfusion.

Ich möchte:

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.
- wenn irgend möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- wenn möglich, in einem Hospiz sterben.

036461 / 20304
Obere Marktstr. 8
99518 Bad Sulza

036421 / 22338
Alte Brückenstr. 6
07774 Camburg

heuschild-bestattung
@t-online.de



HB

Ich wünsche

- Beistand durch folgende Personen:

- Beistand durch eine/n Vertreter/in folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

- hospizlichen Beistand.

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

Bevollmächtigte/r:

Ich habe anstelle einer Vorsorgevollmacht eine Betreuungsverfügung zur Auswahl eines Betreuers erstellt.

Gewünschte/r Betreuer/in

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bin ich mir bewusst.

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein/e Vertreter/in soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Soweit ich bestimmte Behandlungen ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

Mir ist bekannt, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

036461 / 20304
Obere Marktstr. 8
99518 Bad Sulza

036421 / 22338
Alte Brückenstr. 6
07774 Camburg

heuschild-bestattung
@t-online.de



HB