



vorsorgen – selbst bestimmen e.V.

1.

Dies ist meine Patientenverfügung:

Name, Vorname	
Adresse	
Geburtsdatum	

2.

Wann soll meine Patientenverfügung gelten?

Wenn ich eine Krankheit bekomme oder einen Unfall habe, dann will ich auf jeden Fall behandelt werden. Wenn ein Arzt meint, dass ich durch die Krankheit oder durch den Unfall nicht mehr für mich entscheiden kann, dann soll meine Patientenverfügung gelten. Wenn ich noch selbst mit dem Arzt reden kann, dann will ich ihm selbst sagen, was ich möchte.

Die Patientenverfügung soll gelten:

- a. wenn ich nicht mehr mit dem Arzt reden und einwilligen kann und mein Zustand voraussichtlich so bleibt
- b. wenn ich meine Fähigkeit, Dinge zu verstehen und mit anderen Menschen zu reden, verloren habe
- c. wenn ich im Sterben liege
- d. wenn ich an einer unheilbaren, tödlichen Krankheit leide, auch wenn niemand weiß, wann ich sterbe
- e. wenn mein Gehirn zum Beispiel beschädigt ist durch
 - den Unfall
 - einen Schlaganfall
 - eine Entzündung
 - einen Wiederbelebungsversuch
 - einen Schock
- f. wenn ich so dermaßen dement bin, dass ich auch mit Hilfe nicht mehr essen und trinken kann

Ich weiß, dass ich in einer solchen Situation noch Empfindungen haben kann. Ich weiß auch, dass die Rückkehr in ein bewusstes Leben vielleicht noch möglich ist. Die Patientenverfügung gilt trotzdem.

3.

Was soll mit mir gemacht werden?

Ich will keine Maßnahmen, die mich künstlich am Leben halten.

Ich will eine dem Stand der Medizin und Pflege entsprechende Behandlung von Schmerzen, Atemnot, Angst, Unruhe und Übelkeit.

Ich will Medikamente zur Linderung meiner Beschwerden, die dafür sorgen, dass ich nichts mehr spüre. Ich bin einverstanden, dass ich durch diese Medikamente vielleicht früher sterbe.

Ich will keine Medikamente, die nicht mehr nötig sind.

Ich will normal essen und trinken, Ich will keine hochkalorischen Flüssignahrungsmittel.

Ich will nicht durch Schläuche künstlich ernährt werden. Wenn ich Schläuche zur Ernährung bekommen habe, sollen diese entfernt werden.

Ich will Flüssigkeit durch Schläuche nur zur Linderung meiner Beschwerden.

Ich will Antibiotika, Blut und Blutbestandteile nur zur Linderung meiner Beschwerden.

Ich will keine künstliche Beatmung. Ich will, dass eine schon eingeleitete Beatmung beendet wird.

Ich will bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand oder Atemversagen keine Wiederbelebungsversuche. Ich will keine Notfallbehandlung.

Ich will keine Dialyse oder andere Formen der Blutwäsche. Ich will, dass schon eingeleitete Maßnahmen beendet werden.

Auch die folgenden lebenserhaltenden Maßnahmen (z.B. Herzschrittmacher oder Defibrillator) sollen nicht durchgeführt bzw. beendet werden:

4.

Was wünsche ich mir sonst noch?

5.

Organspende

Ich will meine Organe spenden, wenn ich gestorben bin. Ich weiß, dass mich der Arzt dazu an Schläuche anschließen muss. Das will ich nicht, aber anderen Menschen mit meinen Organen zu helfen ist wichtiger. Deshalb darf der Arzt mich zur Organspende an Schläuche anschließen.

6.

Vertrauenspersonen

Meine Vertrauenspersonen sind:

Name:	Adresse:	Telefon:
Name:	Adresse:	Telefon:

Ich habe meine Patientenverfügung mit diesen Vertrauenspersonen besprochen. Sie können über meine Wünsche und meinen Willen Auskunft geben. Ihre Unterschrift sagt, dass ich weiß, was ich tue. Ihre Unterschrift bestätigt, dass ich beim Ausfüllen der Patientenverfügung noch für mich entscheiden kann.

Ort, Datum:	Unterschrift der Vertrauensperson:
Ort, Datum:	Unterschrift der Vertrauensperson:

7.

Hinweis auf Vollmachten

Ich habe eine Vollmacht erteilt an:

Name:	Adresse:	Telefon:
Name:	Adresse:	Telefon:

Ich will, dass diese Personen sagen, dass meine Wünsche erfüllt werden sollen.

8.

Mein Arzt

Mein Arzt kennt meine Patientenverfügung.

Name:	Adresse:	Telefon:

Ort, Datum:	Unterschrift des Arztes:

Mein Arzt kann etwas zu meiner Gesundheit sagen. Mein Arzt kennt meine Wünsche und meinen Willen. Ich entbinde meinen Arzt von der Schweigepflicht. Mein Arzt darf mit meiner Vertrauensperson über mich reden. Mein Arzt darf auch mit anderen Ärzten über mich reden.

9.

Schlussbemerkungen

Ich weiß, dass mich ein Arzt aufklären muss bevor er mich nach dieser Patientenverfügung behandelt. Ich möchte dann keine ärztliche Aufklärung.

Vielleicht habe ich in dieser Patientenverfügung nicht alles genau aufgeschrieben.

Vielleicht hat jemand Zweifel an meinen Wünschen wegen meinem Gesichtsausdruck, meinen Handbewegungen oder wegen anderen Äußerungen.

Dann sollen Personen, die mich kennen, sagen, was wahrscheinlich meine Wünsche sind. Diese Personen sollen sich dann an meine Patientenverfügung halten.

Ich will nicht, dass Ärzte, Personen mit Vollmacht oder Vertrauenspersonen glauben, dass ich meine Wünsche ändere, wenn ich weiß, was die Erfüllung der Wünsche bedeutet.

Ich weiß, dass ich diese Patientenverfügung immer ändern kann. Ich kann immer sagen, dass diese Patientenverfügung nicht mehr gilt.

10.

Beratung

Ich habe mich beraten lassen durch

--

Dann habe ich diese Patientenverfügung gemacht.

11.

Meine Unterschrift

Ich unterschreibe diese Patientenverfügung nach sorgfältiger Überlegung. Dies ist mein Wille.

Ort, Datum:	Unterschrift der verfügenden Person:
-------------	--------------------------------------

**Aktualisierung der
Patientenverfügung**

Name, Vorname	
Adresse	
Geburtsdatum	

Ich habe eine Patientenverfügung gemacht am: _____

Diese Patientenverfügung entspricht noch meinem Willen.

Diese Wünsche habe ich zusätzlich:

Diese Wünsche habe ich nicht mehr:

Ort, Datum:	Unterschrift der verfügenden Person: