

Patientenverfügung

Name, Vorname	Geb. Datum	Anschrift

Ich verfüge für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann

1.) Die Situationen, für die diese Verfügung gilt, sind folgende

- Wenn ich mich unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde ja / nein
- Wenn nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen sind, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B durch einen Unfall, Schlaganfall, eine Entzündung oder einen fortgeschrittenen Hirnabbauprozess so wie auch für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen oder bei der Anwendung von bewusstseinbeeinflussenden Medikamenten. ja / nein
- In lebensbedrohlichen Notfallsituationen, in denen ich nicht mehr ausreichend entscheiden kann. ja / nein
- Wenn folgende Situationen eintreten, bzw. eingetreten sind ja / nein

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände, sollen entsprechend beurteilt werden. Für andere Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten zur Verbesserung meiner persönlichen Situation, aber nicht zur Lebens- bzw. Sterbensverlängerung.

2.) In den oben unter 1.) beschriebenen und mit "ja" gekennzeichneten Situationen wünsche ich

- Lindernde ärztliche Maßnahmen, insbesondere mit Medikamenten zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Unruhe, Angst, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Das mögliche Risiko einer durch Schmerztherapie und Symptomkontrolle verkürzten Lebenszeit nehme ich bewusst in Kauf. ja / nein
- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Körperpflege und Mundpflege zur Linderung des Durstgefühls. ja / nein
- Begleitung durch Angehörige, Palliativdienste, Hospizdienste, Seelsorge u.a. ja / nein
- Zusätzliche Massnahmen ja / nein

3.) In den oben unter Punkt 1.) beschrieben und mit "ja" Situationen wünsche ich

- die Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Massnahmen, die das Sterben verlängern und den Todeseintritt verzögern und dadurch mein mögliches Leiden unnötig verlängern. ja / nein
- Die Unterlassung von Wiederbelebungsmassnahmen bzw. die Beendigung von Massnahmen, die sich aus einer Wiederbelebungsmassnahme ergeben, spätestens 24-72 Stunden, nachdem die Erfolglosigkeit der Massnahmen absehbar geworden ist. ja / nein
- Die Unterlassung von folgenden Massnahmen ja / nein

4.) In den unter Punkt 1 beschrieben und angekreuzten Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht aber keine Aussicht auf Heilung besteht, wünsche ich, sterben zu dürfen und verlange

- Keine künstliche Ernährung über ja / nein
 - a. Ernährungs- oder Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke (PEG-Sonde) ja / nein
 - b. venösen oder anderen gleichartigen Zugang ja / nein
- Verminderte Flüssigkeitsgabe über einen venösen Zugang nach ärztlichem Ermessen. Die Befolgung der genannten Wünsche zu Ernährung und Flüssigkeitsgabe ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe. ja / nein
- Die Unterlassung von medikamentöser Therapie zur Lebensverlängerung mit ja / nein
 - a. Antibiotika und Antiinfektiosa ja / nein
 - b. Medikamenten, die den Kreislauf stützen oder aufrecht erhalten ja / nein
 - c. Blut und Blutbestandteilen ja / nein
- Die Unterlassung von apparativen und invasiven Massnahmen ja / nein
 - a. Operative Eingriffe ja / nein
 - b. Maschinelle Beatmung ja / nein
 - c. Schrittmacher ja / nein
 - d. Dialyse und verwandte Verfahren ja / nein

5.) Unabhängig von den unter Punkt 1.) beschriebenen Situationen, lege ich eindeutig fest

- Im Falle eines Atem- oder Herz-Kreislaufstillstandes wünsche ich keine Wiederbelebungsmassnahmen. ja / nein
- Ich wünsche den Abbruch von Intensivbehandlungsmassnahmen oder medizinischen Interventionen ohne die Aussicht auf langanhaltenden Erfolg, insbesondere wenn die medizinische Behandlung den Sterbeprozess verlängert. Die Befolgung meiner Wünsche zum Therapieabbruch ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe. ja / nein
- Ich stimme gemäss ärztlicher Leitlinien einer Organentnahme nach dem gesicherten Eintritt des Hirntodes zu. ja / nein
- Die Aufrechterhaltung des Kreislaufes nach dem Hirntod bis zur Organentnahme wird abweichend von Punkt 4.) gestattet. ja / nein

6.) Ich wünsche, dass der Arzt meines Vertrauens in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden soll. ja / nein

Arzt meines Vertrauens	Anschrift	Telefon

7.) Ich wünsche, dass im Falle meines bevorstehenden Ablebens ein Geistlicher hinzugezogen wird ja / nein

- Im Notfall akzeptiere ich auch den geistlichen Beistand einer anderen christlichen Konfession ja / nein

Geistlicher meines Vertrauens	Anschrift	Telefon

8.) Ich wünsche, dass folgende Personen keinen Zutritt zu meinem Krankenbett erhalten sollen

Besuchsausschluss		

9.) Patientenverfügung

Als Ausdruck meiner Wertvorstellungen stellt diese Patientenverfügung ausdrücklichen meinem Willen dar und soll die Vorgehensweise von Ärzten, Pflegenden, Betreuenden und Mitarbeitern der Notfallsysteme bei lebensbedrohlichen Situationen und am Ende meines Lebens regeln. Ich bestätige, dass ich diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und aus freien Stücken erstellt habe, sie ist somit Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Im Falle des Inkrafttretens wünsche ich nicht, dass entgegen dieser Verfügung verfahren wird, solange sie nicht schriftlich oder mündlich als Ganzes widerrufen oder in Teilen davon geändert wird. Die entsprechenden Anhänge bzw. Ergänzungen sind zu berücksichtigen. Diese Verfügung hat ab dem Zeitpunkt der Unterzeichnung bis zu einem jederzeitigen Widerruf oder meinem Tod unbegrenzte Gültigkeit. Eine Erneuerung meiner Willenserklärung ist möglich und soll meinen Willen bestärken, ist aber für den Fortbestand nicht notwendig. Die Verfügung behält auch dann ihre Gültigkeit, wenn ich mich zu den Inhalten meiner Patientenverfügung nicht mehr äussern kann.

Ort/Bestätigung	Datum	Unterschrift
1.		
2.		
3.		

10.) Als Ergänzung zu dieser Patientenverfügung habe ich eine Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung erteilt. ja / nein

Der Inhalt und die Bedeutung dieser Patientenverfügung wurde mit den Bevollmächtigten besprochen. ja / nein
 Meine Vertrauenspersonen sind berechtigt und verpflichtet, mich bei der Durchsetzung meiner Interessen im Sinne der Vorgaben dieser Verfügung überall und jederzeit zu vertreten.

Bevollmächtigte/Vorsorgevollmacht	Anschrift	Telefon
1.		
2.		
3.		

Betreuungsverfügung

Vollmachtgeber		Vollmachtnehmer/Betreuer	
Name		Name	
Geb.Datum		Geb.Datum	
Anschrift		Anschrift	
Telefon/Telefax		Telefon/Telefax	

Der Vollmachtgeber ermächtigt den Vollmachtnehmer ihn als seine Vertrauensperson in den folgenden Angelegenheiten zu vertreten. Er ist bei seinen Handlungen und Entscheidungen an die Vorgaben der Patientenverfügung gebunden.

Gesundheitsorge

- Der Bevollmächtigte darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsorge entscheiden, ebenso über alle Modalitäten von Heim- oder Hauspflege, meinen Aufenthalt bestimmen, sowie meine Wohnung kündigen und meinen Haushalt auflösen. ja / nein
- Der Bevollmächtigte darf insbesondere zu sämtlichen Massnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zu Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn ich an einer solchen Behandlung sterben könnte oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904, Abs.1 BGB). Die Vorgaben einer vorhandenen Patientenverfügung sind zu berücksichtigen. ja / nein
- Der Bevollmächtigte kennt meine Einstellung zu Krankheit und Sterben, wie ich sie in meiner Patientenverfügung niedergelegt habe. Er darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen. ja / nein
- Der Bevollmächtigte darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs.1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Anstalt (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist. ja / nein
- Der Bevollmächtigte darf in meinem Namen bereits erteilte Einwilligungen zurücknehmen oder Einwilligungen verweigern, Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. ja / nein

Post

- Der Bevollmächtigte darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen, über den Fernmeldeverkehr entscheiden. ja / nein

Behörden

- Der Bevollmächtigte darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. ja / nein

Vermögenssorge

- Der Bevollmächtigte darf mein Vermögen verwalten sowie Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Er darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. ja / nein

Betreuungsverfügung

- Sollte trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung über das Vormundschaftsgericht erforderlich werden, bitte ich, den oben bezeichneten Bevollmächtigten als meine Vertrauensperson zu meinem gesetzlichen Betreuer zu bestellen. ja / nein
- Anmerkungen und Ergänzungen ja / nein

Betreuungsverfügung	Ort	Datum	Unterschrift
Vollmachtgeber			
Vollmachtnehmer/Betreuer Vertrauensperson			

**Ergänzungen zur Patientenverfügung
Vorsorgevollmacht und/oder Betreuungsverfügung**