

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich....., geboren am....., wohnhaft z.Zt. in....., meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, soll in der Entscheidung über ärztliche und pflegerische Maßnahmen die folgende Patientenverfügung als meine verbindliche Willensäußerung zur Anwendung kommen.

Exemplarische Situationen zum Geltungsbereich

Die Verfügung soll gelten,

- wenn ich mich im Sterbeprozess befinde,
- wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht unmittelbar abzusehen ist,
- wenn als Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, 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 Gehirnschädigung z.B. nach Reanimation, Schock oder Lungenversagen. Mir ist bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist. Die Einschätzung der Prognose soll durch zwei erfahrene Ärztinnen oder Ärzte erfolgen. Lässt der Ausgangszustand eine Entscheidung über meine Rehabilitationsfähigkeit noch nicht zu, soll die Einschätzung nach drei Monaten erneut erfolgen. Wenn sich bis dahin keine wesentliche Verbesserung der Hirnfunktion ergeben hat, ist der Verfügung Folge zu leisten.
- Wenn ich infolge eines der oben genannten Ereignisse oder in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, z.B. bei ausgeprägter Demenzerkrankung auch mit ausdauernder Hilfeleistung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

Behandlungsmaßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass alle lebensverlängernden oder lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollten auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich bitte um Zuwendung, menschenwürdige Unterbringung, fachgerechte Pflege sowie

Linderung von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderen belastenden Symptomen.

Dies bedeutet im Einzelnen:

- Keine Reanimationsversuche.
- Keine künstliche Beatmung; Einstellung einer schon eingeleiteten Beatmung unter ausreichender Sedierung.
- Keine Dialyse bzw. Einstellung einer schon eingeleiteten Dialyse.
- Keine Bluttransfusion.
- Keine künstliche Ernährung über eine Sonde oder einen venösen Zugang bzw. deren Einstellung.
- Reduzierung der künstlichen Flüssigkeitszufuhr nach palliativmedizinischen Standards.
- Antibiotika nur zur akuten Linderung von Beschwerden, nicht zur Lebensverlängerung.
- Herz-/Kreislaufmedikamente nur zur akuten Linderung von Beschwerden, nicht zur Lebensverlängerung.
- Zur Schmerzlinderung ausreichend hohe Analgetikadosierung, ggf. ergänzt durch Sedativa. Bewusstseinsdämpfung und möglicherweise eine ungewollte Verkürzung der Lebenszeit sind in Kauf zu nehmen.
- Falls zur Behandlung von Angst und/oder Unruhe die üblichen Maßnahmen nicht ausreichen, zeitweise oder kontinuierliche Sedierung, auch wenn dadurch die Kommunikationsfähigkeit verloren geht und möglicherweise die Lebenszeit verkürzt wird.

Insgesamt bitte ich um eine Behandlung nach den jeweils geltenden Regeln der Palliativmedizin. Der Erhalt eines möglichst hohen Maßes an Lebensqualität hat unbedingten Vorrang vor einem Zugewinn an Lebenszeit. Die Befolgung meiner Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.

Ich möchte in Ruhe und Frieden sterben können, nach Möglichkeit in Nähe und Kontakt mit meinen Angehörigen und nahe stehenden Personen und in vertrauter Umgebung.

Vorsorgevollmacht

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann und dass die in dieser Verfügung dargelegte Willensbekundung eine akute Entscheidungssituation nicht ausreichend genau trifft, bevollmächtige ich hiermit als Person meines Vertrauens....., geboren am....., z.Zt. wohnhaft in.....

Sie soll an meiner Stelle alle erforderlichen Entscheidungen über die ärztliche Behandlung treffen und sie mit dem/der behandelnden Arzt/Ärztin absprechen. Sie soll dabei vor allem meine Wünsche und Vorstellungen, die ich in der Patientenverfügung und in einem Beiblatt „Wertvorstellungen“ niedergelegt habe, berücksichtigen und durchsetzen. Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Zu diesem Zweck entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte und Ärztinnen und das nichtärztliche Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht.

Sollte im Entscheidungsfall.....nicht verfügbar sein, tritt an ihre Stelle....., geboren am....., z.Zt. wohnhaft in

Schlussbemerkungen

Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Des Inhalts und der Konsequenz meiner darin getroffenen Entscheidungen bin ich mir bewusst. Die Verfügung habe ich ausführlich mit meinen Familienangehörigen und mit den Bevollmächtigten besprochen.

Meinen Hausarzt habe ich über diese Patientenverfügung informiert.

Trier, den.....

Unterschrift