

Patientenverfügung



Demenz-Verein
im Köllertal e.V.



www.demenzverein-koellertal.de



Patientenverfügung:

von:

Vorname/Name:

Geboren am/Ort:

Anschrift:

PLZ/Ort:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

1. Einleitende Bemerkungen:

Die vorliegende Patientenverfügung habe ich für den Fall verfasst, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann. Ich erwarte, dass sich alle Beteiligten bei ihren Entscheidungen an diese Verfügung halten.

2. Anwendungssituationen:

Die Patientenverfügung soll in den im Folgenden beschriebenen Situationen bzw. Lebens- veränderungen gelten. Die zutreffenden Situationen habe ich angekreuzt.

- Ich befinde mich nach ärztlicher Einschätzung aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess.
- Ich befinde mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit. Auch wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, soll die Verfügung gelten.
- Ich befinde mich im Zustand eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, z. B. bei einer Demenzerkrankung und bin auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- Ich befinde mich im Zustand eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, z. B. bei einer Demenzerkrankung und bin auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.



Zwei erfahrene Ärztinnen oder Ärzte haben unabhängig voneinander bestätigt, dass aufgrund einer direkten Gehirnschädigung (z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündungen) oder indirekten Gehirnschädigung (bspw. nach Schock, Wiederbelebung oder Lungenversagen) meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Ich bin mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu empfinden erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz auszuschließen ist.

Andere Anwendungssituationen, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen:

3. Maßnahmen

In den unter Punkt 2 aufgeführten Situationen erwarte ich, dass die folgenden Maßnahmen (3.1 - 3.9) realisiert werden. Die gewünschten Maßnahmen habe ich angekreuzt (jeweils ein Kreuz pro Unterpunkt).

3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

- Ich möchte, dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.
- Ich möchte, dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der 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.

3.2 Schmerz- und Symptombehandlung

- Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.
- Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung mit bewusstseinsdämpfenden Mitteln zur Beschwerdelinderung, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner



Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Seite: 2-7

3.3 Künstliche Ernährung

- Ich wünsche, dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.
- Ich wünsche, dass eine künstliche Ernährung nur bei palliativmedizinischer Notwendigkeit zur Beschwerdelinderung erfolgt.
- Ich wünsche, dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt.

3.4 Künstliche Flüssigkeitszufuhr

- Ich wünsche, dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.
- Ich wünsche, dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Notwendigkeit zur Beschwerdelinderung erfolgt.
- Ich wünsche, dass keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgt.

3.5 Künstliche Beatmung

- Ich wünsche eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.
- Ich wünsche, - unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte - dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

3.6 Dialyse

- Ich wünsche eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.
- Ich wünsche, dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

3.7 Antibiotika



- Ich wünsche die Gabe von Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.
- Ich wünsche die Gabe von Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Notwendigkeit zur Beschwerdelinderung.
- Ich möchte keine Antibiotika erhalten.

3.8 Blut bzw. Blutbestandteil

- 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 Notwendigkeit zur Beschwerdelinderung.
- Ich möchte kein Blut bzw. Blutbestandteile erhalten.

3.9 Wiederbelebung

- Ich wünsche Versuche der Wiederbelebung.
- Ich wünsche die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.
- In allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens (nicht nur in den unter Punkt 2 beschriebenen Situationen) lehne ich Wiederbelebnungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

4. Behandlungsort und Beistand

Im Folgenden verfüge ich über den gewünschten Aufenthaltsort und Beistand, wenn ich mich im Sterbeprozess befinde. Zutreffendes habe ich angekreuzt.

- Ich möchte zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.
- Ich möchte zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben, wenn dies möglich ist.
- Ich möchte in einem Hospiz sterben, wenn dies möglich ist.
- Ich möchte, dass mir folgende Personen beistehen:



- Ich möchte Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:
-
-

- Ich möchte hospizlichen Beistand.

Seite: 4-7

5. Organspende

Im Folgenden entscheide ich über eine mögliche Organtransplantation. Zutreffendes habe ich angekreuzt.

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann
- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
 - gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.
- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

6. Weitere grundsätzliche Bestimmungen

Weitere Punkte, die mir wichtig sind, bestimme ich im Folgenden. Zutreffendes habe ich angekreuzt

- Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:
-
-
-

- Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein Vertreter, _____ soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.
- Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser



Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meinem Vertreter erwarte ich, dass dieser die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

- In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

Seite: 5-7

7. Ärztliche Aufklärung

Die folgenden Informationen geben Auskunft über eine mögliche ärztliche Beratung.

- Ich wurde bei der Erstellung meiner Patientenverfügung durch folgende Ärztin/ folgenden Arzt beraten und aufgeklärt:

- Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine ärztliche Aufklärung.

8. Wichtige Dokumente als Ergänzung zu dieser Patientenverfügung

Falls ich weitere Vorsorgeregungen getroffen habe, sind diese hier angekreuzt.

- Ich habe meine Wertevorstellungen niedergeschrieben:

Aufbewahrungsort:

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für erteilt:

Aufbewahrungsort:

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

Name/Adresse



9. Gültigkeit

Im Folgenden treffe ich Entscheidungen zur Gültigkeit dieser Verfügung. Zutreffendes habe ich angekreuzt.

- Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärzte/das Behandlungsteam/mein Bevollmächtigter/ Betreuer aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

Seite: 6-7

- Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.
- Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von _____ (Zeitangabe) ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.
- Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:
 - in vollem Umfang.
 - mit folgenden Änderungen:

10. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir der Inhalte und Konsequenzen meiner Entscheidungen in der vorliegenden Patientenverfügung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diese Verfügung eigenverantwortlich und ohne äußeren Druck erstellt.

Ort, Datum:

Unterschrift:



MUSTER

Impressum:



**Demenz-Verein
im Köllertal e.V.**

"Haus Lichtblick"
Der Treffpunkt für Betroffene
und Angehörige

Völklinger Straße 9
66346 Püttlingen
Tel. 06898-6940690

MUSTER