

Patientenverfügung

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

PLZ, Ort, Straße, Hausnummer

Telefonnummer

I. Meine Werte, Wünsche und Hoffnungen

Alles Leben, auch mein Leben, hat ein Anfang und ein Ende. Wenn mein Leben sich dem Ende nähert und wenn ich nicht in der Lage sein sollte, medizinischen Maßnahmen zuzustimmen oder solche abzulehnen, so sollen der/die hier benannte Bevollmächtigte, die mich betreuenden Ärzte, Pflegenden und nächste Angehörige meine Wünsche, Werte, Hoffnungen und Verfügungen zur Grundlage Ihrer Entscheidungen machen.

Sie sollen sich an diesen Werten und Verfügungen orientieren und nicht an dem, was medizinisch und technisch machbar ist.

Sie sollen sich auch nicht daran orientieren, was andere Menschen oder was sie selbst für sich in vergleichbaren Situationen wünschen würden.

Vor allem wünsche ich, daß natürliche Vorgänge von Sterbeprozessen und unheilbare, zum Tode führende Krankheiten im Endstadium akzeptiert und höher gewertet werden, als die technischen Möglichkeiten einer zeitlichen Verlängerung meines Lebens.

II. Verfügungen für medizinische Versorgung und Beistand

1. Ich bitte um ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten, solange eine Aussicht auf Heilung besteht oder eine Behandlung chronischer oder schwerer Krankheiten möglich ist, die mir Lebensfreude und Lebensqualität erhält.

ja nein

Ich wünsche auch, mit neuen Methoden und Medikamenten behandelt zu werden, die sich noch in der klinischen Erprobung befinden.

ja nein

Ich akzeptiere auch fremde Gewebe und Organe

ja nein

2. Wenn ich mich aber im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, wenn ich geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin, wo ich bin und Familie und Freunde nicht mehr erkenne, oder wenn ich längere Zeit bewußlos bin, oder wenn ich an unerträglichen Schmerzen leide, dann verlange ich, daß alle medizinischen Maßnahmen unterbleiben, die mich am Sterben hindern. Sollte eine dieser

Situationen eintreten, so bitte ich um mitmenschlichen und pflegerischen Beistand und darum, daß nichts gegen den Lauf der Natur des Sterbeprozesses und das Verlöschen meines Lebens unternommen wird. Gleichzeitig bitte ich aber, alle Möglichkeiten der modernen Schmerztherapie auszuschöpfen und dafür zu sorgen, dass ich ohne körperliche und seelische Schmerzen und Leiden bin. Wenn möglich, möchte ich in einer mir vertrauten Umgebung meine letzten Tage und Stunden verbringen.

3. Insbesondere treffe ich folgende Verfügungen:

A) Schmerztherapie

Ich wünsche eine wirksame Behandlung quälender Zustände wie Atemnot, Schmerzen Angst, Unruhe, Übelkeit und Erbrechen

O ja O nein

a) auch wenn ich durch die Behandlung müde und schläfrig werde

O ja O nein

b) auch wenn starke Betäubungsmittel erforderlich sind, durch die ich vergleichbar einer Narkose, das Bewußtsein verliere

O ja O nein

c) auch wenn durch die Behandlung unbeabsichtigt die mir noch verbleibende Lebensspanne verkürzt wird

O ja O nein

B) Künstliche Beatmung und Ernährung

Ich wünsche, daß künstliche Beatmung, Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder fortgesetzt werden

O ja O nein

auch wenn ich

a) wegen unwirksamer Schmerztherapie an unerträglichen Schmerzen leide

O ja O nein

b) geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin, wo ich bin und Freunde und Familie nicht mehr erkenne

O ja O nein

c) länger als ein halbes Jahr bewußtlos bin

O ja O nein

C) Wiederbelebung

Wenn mein Herz zum Stillstand kommt, dann wünsche ich Maßnahmen zur Wiederbelebung

O ja O nein

a) auch wenn ich an einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit im Endstadium leide

O ja O nein

b) auch wenn ich geistig so verwirrt bin, daß ich nicht mehr weiß, wer ich bin, wo ich bin und Freunde und Familie nicht mehr erkenne

O ja O nein

c) auch wenn mit großer Wahrscheinlichkeit durch dauerhafte Schädigung des Gehirns völlige Hilflosigkeit und Unfähigkeit zur Kommunikation zu befürchten sind

O ja O nein

D) Sonstige Verfügungen und Hinweise

Ich benenne als Person meines besonderen Vertrauens

Herrn / Frau

Anschrift

Telefon

Ihr gegenüber entbinde ich die behandelnden Ärzte von Ihrer Schweigepflicht und bitte, die notwendigen Maßnahmen mit ihr an meiner Stelle abzusprechen. Diese Erklärung befindet sich bei meinen Ausweispapieren und bei der Person meines Vertrauens. Außerdem ist sie beim Hausarzt hinterlegt.

Ich weiß, dass ich diese Verfügung jederzeit frei widerrufen oder abändern kann.

Datum

Unterschrift