

Vorlage



www.colourbox.com

Patientenverfügung

Dieses Dokument finden Sie auf www.optimal-absichern.de. Es ist als Empfehlung zu verstehen, ersetzt bei Zweifelsfragen aber keine rechtliche Beratung durch Anwälte, Notare oder eine andere Stelle.

Alle Rechte an diesem Dokument liegen bei der mestmedia GbR, Elmshorn, Deutschland. Eine Vervielfältigung, ein Nachdruck und eine Verbreitung ist nur mit ausdrücklicher Erlaubnis der mestmedia GbR erlaubt.

Patientenverfügung

Ich

Name	
Vorname	
geboren am	
wohnhaft in	

verfüge hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich artikulieren kann, bezüglich meiner medizinischen Versorgung und Behandlung folgendes:

1. Geltungsbereich der Verfügung

Diese Verfügung gilt für den Fall, dass ...

ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde,

ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,

zwei Fachärzte (_____)

unabhängig voneinander bestätigt haben, dass aufgrund einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsicht zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Es ist mir bewusst, dass die Möglichkeit, dass ich aus diesem Zustand erwachen werde, nie gänzlich auszuschließen ist.

ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen,

in folgender Situation:

2. Verfügung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

In der oder den oben beschriebenen Situation(en) verlange ich, dass auf die Einleitung oder Aufrechterhaltung ärztlicher Maßnahmen verzichtet wird, die nur der Lebensverlängerung oder -erhaltung dienen. Insbesondere möchte ich, dass ...

keine Wiederbelebungsmaßnahmen eingeleitet und durchgeführt werden

ich keine künstliche Ernährung erhalte

ich keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erhalte

ich nicht künstlich beatmet werde

ich keine Dialyse erhalte

ich keine Antibiotika bekomme

ich kein Blut oder Blutbestandteile bekomme

Ich möchte in jedem Fall eine fachgerechte Körperpflege, Pflege der Mund- und Schleimhäute sowie Zuwendung und eine menschenwürdige Unterbringung. Insbesondere verlange ich, dass mir bei Schmerzen, Atemnot, Angst sowie anderen qualvollen Zuständen und belastenden Symptomen Medikamente verabreicht werden, die mich von Schmerzen und größeren Belastungen befreien. Ich möchte diese Medikamente auch verabreicht bekommen, wenn dadurch mein Tod voraussichtlich früher eintreten wird.

3. Ort der Behandlung, Beistand

In der oder den oben beschriebenen Situation(en) verlange ich, dass ich an den Ort verbracht werde, den ich in dieser Verfügung bestimmt habe.

Ich möchte

in ein Krankenhaus gebracht werden

in ein Hospiz gebracht werden

zu Hause oder in vertrauter Umgebung untergebracht werden

Beistand durch folgende Personen/ Organisationen haben:

4. Verbindlichkeit der Verfügung

Mein in dieser Verfügung geäußertes Wille zu ärztlichen, pflegerischen und sonstigen medizinischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Ich setze hierfür als Vertreter/ Bevollmächtigter/ Betreuer

Name	
Vorname	
geboren am	
wohnhaft in	

ein, der/die dafür Sorge tragen soll, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Ist eine Ärztin oder ein Arzt nicht bereit, meinen in dieser Verfügung geäußerten Willen zu ärztlichen, pflegerischen und sonstigen medizinischen Maßnahmen zu befolgen, verlange ich, dass für eine anderweitige medizinische Behandlung gesorgt wird. Von meinem Vertreter/ Bevollmächtigter/ Betreuer verlange ich, dass die weitere Behandlung und Unterbringung so organisiert wird, dass sie meinem Willen entspricht.

In Lebens- und Behandlungssituationen, 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 medizinische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen:

Name	
Vorname	
geboren am	
wohnhaft in	

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Sollte sich jedoch ergeben, dass ich durch meine Äußerungen, Gesten, Blicke oder andere Handlungen zum Ausdruck bringe, dass ich entgegen den Regelungen dieser Patientenverfügung anders behandelt werden möchte, müssen die Ärzte in Abstimmung mit meinem Vertreter/ Bevollmächtigter/ Betreuer meinen aktuellen Willen ermitteln und eine neue Entscheidung treffen. Hierbei soll der Meinung folgender Person besondere Bedeutung beigemessen werden:

Name	
Vorname	
geboren am	
wohnhaft in	

5. Hinweise auf weitere Verfügungen

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Name	
Vorname	
geboren am	
wohnhaft in	

Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt und – soweit erforderlich und geboten - den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen. Als Betreuer lege ich fest:

Name	
Vorname	
geboren am	
wohnhaft in	

6. Schlussbemerkungen

Ich gebe diese Erklärung nach sorgfältiger Überlegung und in der vollen Verantwortung für mich selbst ab. Die Bedeutung und Tragweite meiner Erklärung ist mir bewusst, insbesondere ist mir bekannt, dass diese Verfügung meine Ärzte, Betreuer oder Bevollmächtigte bindet. Mir ist klar, dass meine Festlegungen betr. der medizinischen Versorgung dazu führen können, dass meine Lebenszeit verkürzt wird.

Mein Hausarzt

Name	
Vorname	
geboren am	
wohnhaft in	

hat mich am _____ über die Bedeutung und Folgen der Festlegungen in dieser Patientenverfügung informiert. Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.

7. Geltungsdauer

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe. Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

in vollem Umfang.

Mit folgenden Änderungen:

Datum

Unterschrift