

Patientenverfügung

Ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax

bestimme für den Fall, dass ich vorübergehend oder dauerhaft außerstande bin, meinen Willen zu bilden oder verständlich zu äußern, dass

1. diese Verfügung für folgende Situationen gültig ist:

- Wenn ich mich nach ärztlicher Diagnose aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. Ja Nein
- Wenn ich mich im Endstadium einer tödlich verlaufenden oder unheilbaren Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht abzusehen ist. Ja Nein
- Wenn aufgrund einer Gehirnschädigung meine Einsichtsfähigkeit, Entscheidungen zu treffen und diese anderen mitzuteilen, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren ist, auch wenn mein Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündungen, Tumore, fortgeschrittenen Hirnabbauprozess und indirekte Gehirnschädigung, z.B. durch Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen.
Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand möglich, aber höchst unwahrscheinlich ist. Ja Nein
- Wenn ich aufgrund eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. Demenzerkrankung) auch mit dauernder Hilfestellung nicht mehr fähig bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise aufzunehmen. Ja Nein
- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Erkrankungen mit entsprechenden Symptomen sollen in derselben Weise beurteilt werden. Ja Nein
- Ja Nein

2. In sämtlichen von mir unter Punkt 1 mit „Ja“ angekreuzten Situationen wünsche ich, dass folgende ärztliche und pflegerische Maßnahmen eingeleitet, unterlassen oder beendet werden:

(Hier immer nur einen Punkt mit „Ja“ ankreuzen, den/die anderen mit „Nein“)

Lebenserhaltende Maßnahmen

- Ich wünsche, dass alles medizinisch Mögliche unternommen wird, um mich am Leben zu erhalten und Beschwerden zu lindern. Ja Nein
- Ich wünsche die Unterlassung aller lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen, die lediglich den Todeszeitpunkt verzögern und dadurch mein Leiden unnötig verlängern würden. Ja Nein
- Ja Nein

Schmerz- und Symptombehandlung

- Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, insbesondere lindernde pflegerische Maßnahmen wie Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen wie die Bekämpfung von Schmerzen, Atemnot, Angst, Unruhe, Übelkeit und anderen Krankheitserscheinungen. Ja Nein
- Ich wünsche, wenn andere medizinische Mittel keine Linderung bringen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel. Ja Nein
- Eine dadurch evtl. bedingte Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf. Ja Nein
- Ja Nein

Künstliche Ernährung

- Ich wünsche eine künstliche Ernährung, gleich auf welchem Weg oder in welcher Form. Ja Nein
- Ich wünsche enterale Ernährung (direkt in den Magen), keine parenterale (in die Venen). Ja Nein
- Ja Nein

Künstliche Flüssigkeitszufuhr

- Ich wünsche eine künstliche Flüssigkeitszufuhr. Ja Nein
- Ich wünsche eine verminderte Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen. Ja Nein
- Ja Nein

