



PATIENTENVERFÜGUNG

(Formulierungsvorschlag / nicht Zutreffendes streichen)

Meine Personalien:

Name _____ Vorname _____
geb. am _____ Geburtsort _____
Wohnort _____ Strasse _____

Für den Fall, dass ich durch Krankheit oder Unfall meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit (Einwilligungsfähigkeit) nach ärztlicher Einschätzung auf Dauer verloren habe und ich

- mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar und unmittelbar im Sterben befinde oder
- mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist oder
- in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren habe, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist oder
- in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. einer Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen,

verfüge ich:

Solange Aussicht besteht, dass mir ein erträgliches und umweltbezogenes Leben ermöglicht werden kann, erwarte ich die Ausschöpfung aller intensivmedizinischen Maßnahmen und sonstigen Mittel zur Lebenserhaltung. Ein erträgliches Leben ist für mich nicht mehr gegeben, wenn

.....
.....
.....

Im Falle, dass ein erträgliches und umweltbezogenes Leben für mich nicht möglich ist, erwarte ich als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts, dass folgende Anweisungen befolgt werden:

1. Ich wünsche eine **menschenwürdige Unterbringung**, Zuwendung und Körperpflege sowie eine fachgerechte medizinische Versorgung und Pflege (Palliative Care). Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, erforderlichenfalls mit entsprechender Hilfe.
2. Es soll **keine künstliche Ernährung** mehr erfolgen, unabhängig von der Form der Zuführung (z.B. Magensonde durch die Nase oder Bauchdecke oder venöse Zugänge). Auch eine **künstliche Flüssigkeitszufuhr** soll nicht mehr erfolgen, es sei denn, sie dient der Sicherung meiner aktuellen Lebensqualität.
3. **Antibiotika, Blut und Blutbestandteile** dürfen nur gegeben werden, wenn sie zur Sicherung oder Verbesserung meiner aktuellen Lebensqualität zwingend erforderlich sind.
4. Es soll **keine künstliche Beatmung** durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete eingestellt werden, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.
5. Auch die **folgenden lebenserhaltenden Maßnahmen** sollen nicht durchgeführt bzw. eingestellt werden:
.....
.....
.....
6. Ich erwarte eine jeweils den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende **Schmerztherapie**. Atemnot, Angst, Unruhe und andere mich belastende Zustände sollen verhindert bzw. gelindert werden.
7. Wenn alle medizinisch möglichen Hilfestellungen für eine erträgliche Lebensqualität versagen, wünsche ich zur Linderung meiner Beschwerden auch **bewusstseinsdämpfende Medikamente**.
8. **Ergänzend** habe ich noch folgende Wünsche und Anordnungen:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Als **Vertrauensperson**, die nähere Angaben zu meinen Wünschen und meinem Willen machen kann und hierzu befragt werden soll, benenne ich:

Name.....

Adresse.....

Telefon.....

Die Vertrauensperson hat Kenntnis genommen von meiner Patientenverfügung und ist bereit, sich für mich einzusetzen. Sie bestätigt durch ihre Unterschrift, dass sie keinen Zweifel an meiner Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit hat.

Ort, Datum , Unterschrift der Vertrauensperson.....

Mein **Hausarzt** / meine **Hausärztin** hat meine Patientenverfügung zur Kenntnis genommen.

Name

Adresse

Telefon

Stempel/Unterschrift.....

Mein Hausarzt / meine Hausärztin ist bereit, über meinen Gesundheitszustand und über meine Wünsche und Vorstellungen Auskunft zu geben. Ich entbinde ihn / sie von der Schweigepflicht gegenüber meiner Vertrauensperson und dem behandelnden Arzt /der behandelnden Ärztin.

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.

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und als **Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts**. Mir ist die Möglichkeit einer Änderung oder eines Widerrufs der Patientenverfügung bekannt. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird. Sollten wegen bestimmter Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen Zweifel aufkommen, ob ich in einer aktuellen Situation nicht doch noch behandelt werden möchte, soll im Konsens aller Beteiligten ermittelt werden, ob die Festlegungen in der Verfügung noch meinem Willen entsprechen.

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung ärztlich beraten lassen durch

.....

Ich habe zusätzlich zu dieser Patientenverfügung eine **Vollmacht** erteilt an:

Name

Adresse

Telefon

Ort, Datum und Unterschrift der verfügenden Person

.....

Aktualisierung der Patientenverfügung:

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend

- in vollem Umfang
- mit folgenden Änderungen

.....

Datum und Unterschrift

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend

- in vollem Umfang
- mit folgenden Änderungen

.....

Datum und Unterschrift

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend

- in vollem Umfang
- mit folgenden Änderungen

.....

Datum und Unterschrift



ESSLINGER INITIATIVE

Vorsorgen – Selbst bestimmen e.V.

Formulierungsvorschläge zu den Leerstellen in der Patientenverfügung der Esslinger Initiative:

Seite 1:

Ein erträgliches Leben ist für mich nicht mehr gegeben, wenn
.....nach ärztlicher Beurteilung (oder nach der Beurteilung zweier Ärzte) keine zwischenmenschlichen Kontakte mehr möglich sind, also weder Sehen und Hören noch Sprechen und Fühlen auf Dauer möglich sind (ich z.B. im Koma liege)
..... ich nach ärztlicher Einschätzung vollständig pflegebedürftig bin, meine Angehörigen nicht mehr erkenne und auf äußerliche Reize nicht mehr reagiere
.....ich am Leben nicht mehr bewusst teilnehmen kann

Seite 2 Ziff. 5:

Auch die folgenden lebenserhaltenden Maßnahmen sollen nicht durchgeführt bzw. eingestellt werden:

Dialyse, Organersatz,
Verständigung des Notarztes, Versuche zur Wiederbelebung

Seite 2 Ziff. 8:

Ergänzend habe ich noch folgende Wünsche und Anordnungen:

Ich möchte wenn möglich
in einem Hospiz sterben
Beistand durch ambulante Hospizdienste
zu Hause sterben
im Krankenhaus bzw. in der Einrichtung sterben, in der ich mich befinde

Ich wünsche
seelsorgerischen Beistand
Feuerbestattung / Erdbestattung

Ich möchte besucht werden