

PATIENTENVERFÜGUNG UND VOLLMACHT FÜR DIE MEDIZINISCHE BETREUUNG

Wünsche und Forderungen an Bevollmächtigte und Ärzte, an Familie und Freunde für den Fall meiner Entscheidungsunfähigkeit

Meine Personalien:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse, Nr.

PLZ, Wohnort

1. Meine Werte, Wünsche und Hoffnungen

Alles Leben hat einen 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(n), die mich betreuenden Ärzte, Pflegenden und nächste Angehörige meine Wünsche, Werte, Hoffnungen und Verfügungen zur Grundlage ihrer Entscheidungen machen und sich nicht an dem orientieren, 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. Vor allem wünsche ich, dass der natürliche Sterbeprozess und unheilbare, zum Tode führende Krankheiten im Endstadium akzeptiert werden.

1.1. Verfügungen für medizinische Versorgung und Beistand

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 ermöglichen. 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

- (a) unabwendbar im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit oder im Sterbeprozess befinde,
- (b) 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
- (c) wenn ich längere Zeit bewusstlos bin und nur eine geringe Wahrscheinlichkeit besteht, dass ich das Bewusstsein wiedererlange, dann verlange ich, dass alle medizinischen Maßnahmen unterbleiben, die mich am Sterben hindern.

Sollte eine dieser Situationen eintreten, so bitte ich um menschlichen und pflegerischen Beistand und darum, dass nichts gegen den natürlichen Verlauf des Sterbeprozesses unternommen wird. Ich verlange jedoch ausdrücklich, dass in diesen Situationen alle Möglichkeiten der modernen Schmerztherapie ausgeschöpft werden, so dass ich ohne körperliche Schmerzen und seelische Leiden sein kann. Ich wünsche meine letzten Tage und Stunden in einer mitvertrauten Umgebung zu verbringen, sofern das mit guter pflegerischer und medizinischer Versorgung vereinbar ist.

3. Deshalb treffe ich für den Endzustand einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit, den beschriebenen Verlust meiner geistigen Fähigkeiten oder eine lang anhaltende Bewusstlosigkeit folgende Verfügung:

(A) Schmerztherapie: Ich fordere eine wirksame Behandlung quälender Zustände wie Atemnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Übelkeit, Erbrechen, Depression und Schlaflosigkeit,
(a) auch wenn ich durch die Behandlung müde und schläfrig werde (**Ja/Nein**),
(b) auch wenn starke Betäubungsmittel erforderlich sind, durch die ich, vergleichbar einer Narkose, das Bewusstsein verliere (**Ja/Nein**),
(c) auch wenn durch die Behandlung unbeabsichtigt die mir noch verbleibende Lebensspanne verkürzt wird (**Ja/Nein**).

(B) Wiederbelebung: Ich wünsche die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung,
(a) im Endzustand einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit (**Ja/Nein**),
(b) bei schwerem Verlust meiner geistigen Fähigkeiten (**Ja/Nein**)
(c) bei lang anhaltender Bewusstlosigkeit (**Ja/Nein**)

(C) Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr: Ich wünsche die Unterlassung künstlicher Ernährung durch eine Sonde oder über die Vene, bei fehlendem Durstgefühl auch die Unterlassung künstlicher Flüssigkeitszufuhr, außer wenn diese bei der medikamentösen Behandlung von Schmerzen und Beschwerden hilfreich ist
(a) im Endzustand einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit (**Ja/Nein**)
(b) bei schwerem Verlust meiner geistigen Fähigkeiten (**Ja/Nein**),
(c) bei lang anhaltender Bewusstlosigkeit (**Ja/Nein**).

(D) Pflege und menschliche Begleitung: Ich wünsche menschliche und medizinische Begleitung, insbesondere menschenwürdige Unterbringung und Zuwendung, Stillen von Hunger und Durst, Mund- und Körperpflege.

(E) Sonstige Verfügungen und Hinweise: Solange kein von mir oder meinem/n Bevollmächtigten akzeptierter und aktualisierter Behandlungsplan vorliegt, sollen die in dieser Verfügung festgelegten Forderungen und Wünsche entsprechend in Situationen übertragen werden, die hier nicht angesprochen sind.

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

Die Vertrauensperson hat Kenntnis von meiner Patientenverfügung genommen und ist bereit, sich für mich einzusetzen. Sie bestätigt durch ihre Unterschrift, dass ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte bin und die Verfügung unabhängig von Einflüssen Dritter abgefasst habe.

Ich entbinde Ärzte gegenüber meiner Vertrauensperson von der Schweigepflicht und erwarte von ihnen, dass sie meine Vertrauensperson umfassend aufklären und beraten.

Ich erwarte, dass die Vertrauensperson sich an meinen Werten, Wünschen und Verfügungen orientiert, falls ich aufgrund körperlicher oder geistiger Krankheit oder Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann.

Meine Vertrauensperson:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ, Wohnort

Telefon

Die Vollmacht umfasst Einwilligungen und Verweigerungen zu medizinischen Untersuchungen und Behandlungen, sowie Entscheidungen über den Aufenthaltsort und die Unterbringung in einem Alten- oder Pflegeheim und damit verbundenen Maßnahmen.

Diese Vollmacht gilt auch für meine Vertretung in vermögensrechtlichen Angelegenheiten und schließt beispielsweise die Befugnis ein, Post- und Behördensachen zu erledigen, über meine Konten zu verfügen, Krankenhaus- und Pflegeheimkosten zu bezahlen, Verträge in meinem Namen abzuschließen und Grundstücksangelegenheiten zu regeln (**Ja/Nein**).

Die Vertrauensperson hat das Recht, im Einzelfall Untervollmacht zu erteilen (**Ja/Nein**).

Wenn es schwierig sein sollte, meine hier geäußerten Wünsche, Werte und Verfügungen zu verstehen und wenn es deshalb zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Bevollmächtigtem, Familienangehörigen, Medizinern, Pflegenden oder anderen kommt, dann soll die Alleinentscheidung bei meinem Bevollmächtigten liegen.

Sollte trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Betreuung erforderlich werden, so verlange ich, dass die hier von mir benannte(n) Person(en) rechtlich als Betreuer bestellt wird/werden. Ich verlange, dass Richter, Ärzte, Betreuer und alle, die für mich Verantwortung tragen, sich an meinen Wünschen, Werten und Verfügungen orientieren. Ich bitte darum, folgende Personen nicht mit einer Betreuung für mich zu belasten: (**Name, Vorname, Adresse**).

Ort, Datum und Unterschrift der Vertrauensperson

Meine Patientenverfügung habe ich mit meinem Hausarzt besprochen. Ich entbinde ihn von der Schweigepflicht. Mein Hausarzt ist bereit, über meinen Gesundheitszustand und über meine Wünsche und Vorstellungen Auskunft zu geben.

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird.

Sollte ich meine Meinung ändern, werde ich dafür sorgen, dass mein geänderter Wille erkennbar zum Ausdruck kommt.

Mein Hausarzt:

Name

Fachrichtung

Strasse, Nr.

PLZ, Wohnort

Telefon

Telefax

Ort, Datum und Unterschrift der verfügenden Person

Hinterlegung der Verfügung:

Kopien der Patientenverfügung werden hinterlegt bei

Erneuerung und eventuelle Veränderungen der Patientenverfügung:
Die Patientenverfügung sollte in regelmäßigen Abständen (z.B. jährlich) durch Unterschriften des Verfassers und der Vertrauensperson erneuert werden. Sie kann auch verändert oder widerrufen werden. Dies wird wie folgt dokumentiert:

Hinterlegung bei:

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Wohnort

Telefon

Veränderungen

Ort/Datum und Unterschrift

Unterschrift der
Vertrauensperson

Veränderungen

Ort/Datum und Unterschrift

Unterschrift der
Vertrauensperson