

Patientenverfügung

Ich,, geb. am in

wohnhaft in

habe diese Patientenverfügung nach reiflichem Überlegen bei vollem Bewusstsein erstellt.

1. Für den Fall, dass ich in eine Situation gerate, in der ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, treffe ich unten stehende Verfügungen. Sie sollen für Betreuer bzw. Bevollmächtigte und Ärzte verbindlich sein. Für Situationen, die sie nicht direkt beschreiben, sollen sie zur Ermittlung meines mutmaßlichen Willens dienen.

2. **Was ich mit der Verfügung erreichen oder verhindern will (meine Befürchtungen, Erfahrungen und Werte)**

3. Aufgrund meines Alters / wegen folgender Krankheiten und Behinderungen

möchte ich, dass mein Leben **nicht mehr künstlich verlängert** wird und wünsche deshalb:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | Lindernde pflegerische Maßnahmen , insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. |
| <input type="checkbox"/> Nein | |
| <input type="checkbox"/> keine Äußerung | |
| <input type="checkbox"/> Ja | Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch oben genannte Maßnahmen nehme ich in dieser Situation gegebenenfalls in Kauf. |
| <input type="checkbox"/> Nein | |
| <input type="checkbox"/> keine Äußerung | |

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Äußerung	Die Unterlassung bzw. Beendigung aller lebenserhaltender Maßnahmen , die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mein Leiden unnötig verlängern würden, einschließlich der Wiederbelebung bei Herzstillstand, der künstlichen Beatmung, der Blutwäsche oder der antibiotischen Behandlung von Infektionen.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Äußerung	Den Verzicht auf künstliche Ernährung (diese will ich weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene).
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Äußerung	Verminderte Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Äußerung	Den Verzicht auf die Verlegung auf eine Intensivstation.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Äußerung	Den Verzicht auf eine Verlegung ins Krankenhaus, es sei denn, diese sei unabdingbar nötig, um eine Linderung von Schmerzen, Luftnot, Erbrechen oder ähnlichen für mein Empfinden unangenehmen Krankheitserscheinungen zu erreichen.

4. Ich wünsche, dass der Hinweis auf diese Verfügung und ihre Konsequenzen in der **Krankakte an hervorgehobener Stelle** gekennzeichnet wird.

5. Aufklärung

Ja
 Nein
 keine Äußerung

Ich möchte die Möglichkeit haben, mich mit meiner Krankheit aktiv auseinanderzusetzen und Entscheidungen ggf. selbst zu treffen. Deshalb wünsche ich in jedem Fall über meine Krankheit aufgeklärt zu werden, auch wenn andere dies für meine psychische Situation für schädlich halten sollten.

6. Weitere Verfügungen und Wünsche (z.B. auch zu Seelsorge, Begleitung, etc.)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

7. Raum für Vermerke von Zeugen oder für die Bestätigung der Verfügung nach späterem Durchsehen

A Hinweis auf Vorsorgevollmacht bzw. Betreuungsverfügung an anderer Stelle

Ja Nein

() () Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung an anderer Stelle eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

() () Ich habe an anderer Stelle anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erteilt.

Nur zur Information: Bevollmächtigter bzw. zur Betreuung Vorgeschlagener ist:

Name:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

B. Betreuungsverfügung

Sollte eine rechtliche Betreuung notwendig werden, so soll die unten genannte / eine der unten genannten Personen als Betreuer eingesetzt werden. Sie soll meinen Willen so umsetzen, wie er in meiner Patientenverfügung beschrieben ist.

Person 1:

Name:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Person 2:

Name:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Hinweise zum Ausfüllen der Patientenverfügung

Mit der Patientenverfügung treffen Sie unter Umständen **weitreichende Entscheidungen**. Deshalb empfiehlt es sich sehr, dass Sie sich dabei von einem fachkundigen Menschen (z.B. Arzt, Seelsorger oder Juristen, der sich mit dieser Problematik auseinandergesetzt hat) **beraten** lassen.

Sorgen Sie dafür, dass diese Verfügung wirklich Ihre Überzeugung ausdrückt, verändern Sie sie so, dass sie für Sie stimmt und lassen Sie dann überprüfen, ob Sie eindeutig und in sich stimmig ist.

Ihre Meinungen und Überzeugungen können sich ändern. Deshalb **überprüfen** Sie die Verfügung regelmäßig und passen sie gegebenenfalls der veränderten Situation an. Das ist besonders wichtig, wenn sich Ihre gesundheitliche Lage grundlegend ändern sollte. (Falls Sie die bisherigen Aussagen bestätigen wollen, können Sie das unter Punkt 10 dokumentieren.)

Dieses Formular setzt voraus, **dass Sie schon in Ihrer jetzigen Lebenssituation nur eine eingeschränkte Behandlung** wünschen. Sollten Sie im Moment so gesund sein, dass Sie jetzt im Krankheitsfall eine Behandlung wünschen würden, die versucht, mit den Mitteln, die dem heutigen Stand der Medizin entsprechen, Ihr Leben zu bewahren und Ihre Gesundheit soweit wie möglich wiederherzustellen und diese nur in bestimmten Situationen einschränken wollen, dann sollten Sie unser anderes Formular benutzen, das für solche Situationen ausgelegt ist.

Zu 2

Mögliche Formulierungen sind z.B.:

- Mir war es immer besonders wichtig, Schmerzen und Leiden zu vermeiden. Das soll auch in meinem Sterben berücksichtigt werden.
- Wenn ich mir das vorstelle, ziehe ich ein schnelles Sterben einem langen vor und wäre ich eher bereit, auf eine theoretische Möglichkeit der Besserung zu verzichten, als einen verlängerten Sterbeprozess in Kauf zu nehmen.

- Mir war es immer wichtig, alles bewusst zu erleben. Deshalb bin ich auch bereit, ein gewisses Maß an Leiden auf mich zu nehmen, um auch mein Sterben möglichst wach zu erleben.

Zu 3

Überlegen Sie hier, welche Behandlung Sie wünschen und kreuzen Sie in jeder Zeile eine der Möglichkeiten an, so dass klar wird, was Sie wollen, was Sie nicht wollen und wozu Sie sich im Moment nicht äußern.

Zur Betreuungsverfügung

Es ist kaum möglich, in einer Patientenverfügung alle wichtigen Situationen vorherzusehen, bzw. die Frage, ob so eine Situation nun auch wirklich vorliegt, ist oft nicht leicht zu entscheiden. **Deshalb ist es sehr sinnvoll (und auch vom Gesetz vorgesehen), dass Sie jemanden benennen, der das dann für Sie tun soll.** Dazu haben Sie die Möglichkeit, jemanden dazu eine **Vollmacht** zu erteilen. Die Person kann dann unmittelbar für Sie handeln. Da Sie dieser Person damit weitreichende Befugnisse einräumen, sollte dieser Schritt auch in seinen Einzelheiten gut bedacht sein. Er setzt ein eigenes Formular voraus. (Hier wird unter **Punkt A** nur darauf hingewiesen.)

Falls Sie niemanden bevollmächtigt haben (oder sollte die Vollmacht ungültig oder nicht umsetzbar sein), setzt das Gericht ggf. einen **rechtlichen Betreuer** für Sie ein. Für diesen Fall können Sie in einer Betreuungsverfügung benennen, wer Betreuer sein soll (oder auch wer nicht). Für eine einfache Form solch einer Betreuungsverfügung können Sie das **Formular unter B** nutzen oder Sie können sie an anderer Stelle erstellen und hier unter **Punkt A** nur einen Hinweis darauf hinterlassen.

Noch ein Hinweis: Ihre Verfügung kann nur wirksam werden, wenn Sie den handelnden Menschen bekannt ist. Also unterrichten Sie je nach Lebenssituation ihre (Krankenhaus-)Ärzte, Ihre Angehörigen oder Ihr Heim von dieser Verfügung.

LUKAS-KRANKENHAUS BÜNDE

Postfach 2120 | 32221 Bünde
Hindenburgstr. 56 | 32257 Bünde

Telefon: 05223 – 167-0
Telefax: 05223 – 167-192

E-Mail: info@lukas-krankenhaus.de
Internet: www.lukas-krankenhaus.de



Dieses Formular wurde entwickelt vom Klinischen Ethik-Komitee des Lukas-Krankenhauses Bünde. Bei Bedarf beraten wir Sie gerne.

Kontakt: Pfarrer Hanno Paul
Telefon: 05223-167-249
E-Mail: h.paul@lukas-krankenhaus.de