

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. In meinem jetzigen Zustand wünsche ich bei einem Unfall oder einer Erkrankung, soweit ich es nicht unten eingeschränkt habe, eine Behandlung, die mit allen vernünftigen Mitteln meine Gesundheit wiederherzustellen versucht. Sollte eine der unter Nummer 4 angekreuzten Situationen auftreten, wünsche ich eine **eingeschränkte** Behandlung im Sinne der unter Nummer 5 angekreuzten Behandlungsrichtlinien.

4. Situationen, in denen ich eine eingeschränkte Behandlung möchte:

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Äußerung	Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Äußerung	Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Äußerung	Wenn ich infolge eines fortschreitenden Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankungen) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung auf natürliche Weise zu mir zu nehmen oder bei solch einem Hirnabbauprozess über den Zeitraum von mehreren Wochen deutlich mache, dass ich in dieser Lage leide.

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Äußerung	<p>Wenn infolge einer Gehirnschädigung (unabhängig von ihrer Ursache) meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, mit hoher Wahrscheinlichkeit dauerhaft erloschen ist, auch wenn kein Todeszeitpunkt absehbar ist.</p> <p>Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen oft erhalten ist und dass es je nach Ursache der Schädigung immer wieder Menschen gibt, die aus diesem Zustand wieder erwachen.</p>
<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Äußerung	<p>Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.</p>

5. In allen unter Nummer 4 genannten und angekreuzten Situationen möchte ich, dass mein Leben ohne künstliche Verlängerung und mit möglichst wenig Leiden für mich zu Ende geht. Deshalb wünsche ich dann:

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Äußerung	<p>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.</p>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Äußerung	<p>Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch oben genannte Maßnahmen nehme ich in dieser Situation gegebenenfalls in Kauf.</p>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Äußerung	<p>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 künstlicher Beatmung (auch der nichtinvasiven), der Dialyse, der Gabe von Blut- oder Blutbestandteilen, der antibiotischen Behandlung von Infektionen oder der Gabe von kreislaufstabilisierenden Mitteln.</p>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Äußerung	<p>Den Verzicht auf künstliche Ernährung (diese will ich weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene).</p>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Äußerung	<p>Verminderte Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen nur, soweit sie zur Leidensminderung sinnvoll ist, nicht aber zur Lebensverlängerung.</p>
<input type="checkbox"/> Ja	

6. Herzstillstand (bitte **eine** Option ankreuzen).

- Falls mein Herz stehen bleiben sollte, möchte ich, falls nicht eine der unter 4. genannten Situationen eingetreten ist, dass der **Versuch unternommen wird, mich wiederzubeleben**.
- Falls mein Herz stehen bleiben sollte, möchte ich, dass nur dann der Versuch gemacht wird, mich wiederzubeleben, wenn nicht eine der unter 4. genannten Situationen eingetreten ist und wenn die Situation im **Rahmen ärztlicher Maßnahmen** (insbesondere bei einer Operation - oder auf einer Intensivstation -) eingetreten ist.
- Ich möchte im Falle eines Herzstillstandes **auf keinen Fall** wiederbelebt werden.

7. Weitere dauerhafte invasive Maßnahmen (bitte **alle** Behandlungen ankreuzen, für die der Ausschluss gewünscht ist.)

- Auch für Situationen, die unter 4. nicht gefasst sind, wünsche ich ohne meine ausdrückliche persönliche Einwilligung **keine dauerhafte künstliche Beatmung** (weder durch ein Tracheostoma noch mittels Maskenbeatmung).
- Auch für Situationen, die unter 4. nicht gefasst sind, wünsche ich ohne meine ausdrückliche persönliche Einwilligung **keine dauerhafte künstliche Ernährung** (weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene).
- Auch für Situationen, die unter 4. nicht gefasst sind, wünsche ich ohne meine ausdrückliche persönliche Einwilligung **keine dauerhafte Blutwäsche (Dialyse)**.

8. Ich wünsche, dass die Konsequenzen dieser Patientenverfügung in der Krankenakte an hervorgehobener Stelle gekennzeichnet werden.

9. Organspende (Bitte **einen** der 4 Oberpunkte ankreuzen, bei Einwilligung ggf. auch die Unterpunkte)

- Ich möchte auch bei einem festgestellten Hirntod **nicht**, dass mir Organe zur Transplantation (Organspende) entnommen werden.
- Im Fall des eindeutig festgestellten Hirntodes **willige ich ein**, dass mir gegebenenfalls Organe zur Transplantation an Dritte (Organspende) entnommen werden.
 - Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntods bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods und zur anschließenden Entnahme der Organe.
 - Dies gilt auch für die Situation, in denen der Hirntod noch nicht eingetreten ist, nach Einschätzung der Ärzte aber voraussichtlich in wenigen Tagen eintreten wird.
 - Einschränkung:** Die Einwilligung zur Organentnahme gilt nicht / nur (*das nicht Zutreffende bitte streichen!*) für folgende Organe:

- Ich habe mich an **anderer Stelle** zum Thema Organspende geäußert (z.B. Spendeausweis).
- Ich möchte zum Thema Organspende hier **keine Angaben** machen und weiß, dass dann gegebenenfalls meine Angehörigen gefragt werden, wie ich zu diesem Thema stehe.

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

11. Aussagen zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

Wie oben gesagt, soll die Patientenverfügung für Betreuer bzw. Bevollmächtigte und Ärzte verbindlich sein und für Situationen und Fragestellungen, die sie nicht direkt beschreibt, zur Ermittlung meines mutmaßlichen Willens dienen. Dabei ist mir bewusst, dass manche Entscheidungen (insbesondere auch, ob eine der unter 4. genannten Situationen eingetreten ist) ermessensabhängig sind. In solchen Fällen wie auch zur Ermittlung meines mutmaßlichen Willens in nicht eindeutig festgelegten Situationen oder zur Klärung, ob ich durch Gesten, Blicke oder andere Äußerungen meine Patientenverfügung widerrufen haben sollte, sollen die behandelnden Ärzte und meine persönlichen Vertreter miteinander reden und sich darum bemühen, im Konsens miteinander herauszufinden, was ich in der jeweiligen Situation möchte. Die letzte Entscheidung soll dann aber haben (bitte **eine** Möglichkeit ankreuzen):

- die von mir benannte Vertretungsperson (also meine Bevollmächtigte oder mein Bevollmächtigter, bzw. meine Betreuerin oder Betreuer)
- der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin

12. Abschließende Bemerkungen

Ich bin im **Vollbesitz meiner geistigen Kräfte** und habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und **ohne äußeren Druck** erstellt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, **verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.**

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

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

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 ursprünglich entwickelt vom Klinischen Ethik-Komitee des Lukas-Krankenhauses Bünde.

Bei Bedarf beraten wir Sie gerne.

Kontakt: Pfarrer Hanno Paul

Fon: 05223-167-249

E-Mail: h.paul@lukas-krankenhaus.de

