

Vorsorge- und Patientenverfügung

Für den Fall das ich,

.....
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....
(Anschrift)

in einen Zustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiederbringlich aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinstörung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände verloren habe und deshalb nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu bilden oder mich verständlich zu äußern, verfüge ich folgendes:

1. Diese Verfügung gilt für die nachfolgend beschriebenen Situationen:

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

ja nein

Wenn in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte der Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenem Hirnabbauprozess ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung Schock oder Lungenversagen

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

ja nein

Bis zu welchem Grad wäre für Sie eine Einschränkung Ihres Sprachvermögens erträglich

Ich möchte auch leben, wenn ich mein Sprachvermögen komplett verliere

ja nein

Jedwede Einschränkung meines Sprachvermögens wäre für mich unerträglich

ja nein

Ich weiss es nicht

ja nein

Wäre für Sie ein Leben mit Taubblindheit noch lebenswert?

Ja ich würde es vorziehen zu leben ja nein

Nein, in solch einer Situation würde ich den Tod vorziehen ja nein

In welchem Ausmaß wäre für Sie der Verlust Ihres Hörvermögens und Sehvermögens akzeptabel?

Ich könnte mit dem kompletten Verlust meines Hörvermögens, Sehvermögens leben ja nein

Es ist für mich unverzichtbar, Umgebungsgeräusche, Personen wahrzunehmen und zu erkennen ja nein

Jedewede Einschränkung meines Hörvermögens, Sehvermögens wäre für mich unerträglich ja nein

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. Für andere Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten.

2. In allen unter Punkt 1. Beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

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. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf. ja nein

Ich wünsche eine Begleitung:

durch Hospizdienst

durch Seelsorge

durch

.....

.....

.....

.....ja nein

3 In allen unter Punkt 1. beschriebenen und angekreuzten Situationen insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen und verlange:

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Bei unmittelbarer Todesnähe | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Bei unheilbar tödlicher Krankheit | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Bei schweren Hirnschäden | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Bei fortgeschrittener Demenz | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| In keiner der genannten Situationen | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Keine Wiederbelebungsmaßnahmen | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |

Unter welchen Voraussetzungen möchten Sie schmerzen und Angst lindernde Medikamente verabreicht bekommen?

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| In jedem Fall, auch wenn dies meine Lebenszeit verkürzen könnte | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Nicht, wenn dies meine Lebenszeit verkürzen könnte | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Ich bin noch unentschlossen | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |

Gibt es bestimmte Situationen, in denen Sie nicht wiederbelebt werden wollen?

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Wenn ein Herz-Kreislauf-Stillstand seit 10 Minuten oder länger besteht | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Wenn der Zeitpunkt des Herz-Kreislauf-stillstandes unbekannt ist | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Ich will unter allen Umständen wiederbelebt werden | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |

Gibt es für Sie ein Mindestmaß an Lebensqualität, das gegeben sein muss, damit das Leben für Sie lebenswert bleibt?

Ja Nein

Bei welchen Befunden wollen Sie unter keinen Umständen weiterleben

Hirntod	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Wachkoma	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Locked- in Syndrom	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Bösartiger Hirntumor	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Bleibender Hirnschaden	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Gibt es medizinische Befunde, bei denen Sie unter keinen Umständen weiterleben wollen?

Ja Nein

Möchten Sie immer (unabhängig von Ihrer Gesundheitssituation) wiederbelebt werden

Ja Nein

4 In den von mir unter Punkt 1. beschriebenen und angekreuzten Situationen insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen, und verlange:

Keine künstliche Ernährung (weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Keine Künstliche Beatmung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Dialyse	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Bluttransfusion	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Antibiotika	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Verminderte Flüssigkeitsabgabe nach ärztlichem Ermessen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Keine der genannten Maßnahmen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Wenn Sie sich in unmittelbarer Todesnähe befinden: In welcher Umgebung möchten Sie sterben

- In meiner eigenen Wohnung
- Im Krankenhaus
- In einem stationären Hospiz
- Meine Familie soll diese Entscheidung treffen

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigen Person besprochen.

ja nein

5. Angenommen, Sie kommen als Organspender in Betracht. Dürfen in diesem Fall auch ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die Sie in Ihrer Patientenverfügung ausgeschlossen haben?

- Ja, die Organspende geht vor ja nein
- Nein, meine Patientenverfügung geht vor ja nein

Welche Organe wollen Sie selbst auf keinen Fall spenden?

- Herz Lunge Leber Nieren
- Bauchspeicheldrüse Darm Herzklappen Haut
- Knochengewebe Blutgefäße Horn-und Lederhaut der Augen
- Knorpelgewebe und Weichteilgewebe

Können Sie sich vorstellen, eine Organspende zu empfangen?

- Ja, ohne Einschränkung ja nein
- Ja, unter Ausschluss folgender Organe ja nein
- Nein ja nein

Bevollmächtigte/r ist:

.....
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....
(Anschrift)

.....
(Telefon, Telefax, E-Mail)

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Betreuungsverfügung erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit meiner Betreuungsperson besprochen

ja nein

Betreuer/in ist (soll werden):

.....
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....
(Anschrift)

.....
(Telefon, Telefax, E-Mail)

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Vorstellungen, u.a. meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspendenausweis“) meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z.B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung, in Kenntnis über die medizinische Situation, die rechtliche Bedeutung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Darum wünsche ich nicht, daß mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe. Ich gebe diese Erklärung frei und ohne Zwang, im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte ab.

Ich habe den Inhalt dieser Patientenverfügung mit dem folgenden Arzt meines Vertrauens Besprochen. Sollten Probleme auftreten, die Entscheidungen über das weitere Vorgehen Erfordern, verlange ich, dass die verantwortlichen Ärzte sich mit diesem Arzt in Verbindung setzen,

ja nein

Arzt / Ärztin meines Vertrauens ist:

.....
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....
(Anschrift)

.....
(Telefon, Telefax, E-Mail)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Patientin/des Patienten)

Erklärung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes

Mit meiner nachfolgenden Unterschrift bestätige ich, dass ich von dieser Patientenverfügung Kenntnis erlangt habe. Meine Patientin/mein Patient hat ihren/ seinen letzten Willen in klarer Orientierung und Unabhängigkeit unterschrieben.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Ärztin/des Arztes)

Ich bestätige durch erneute Unterschrift, dass diese Verfügung nach wie vor meinem Willen entspricht:

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Patientin/des Patienten)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Patientin/des Patienten)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Patientin/des Patienten)