Patientenverfügung

1.
Zu meiner Person

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Wohnort:	Straße:	Geburtsort:

2.
Reichweite dieser Patientenverfügung

Die folgende Verfügung bedeutet keinen generellen Behandlungsverzicht. Für den Fall aber, dass ich durch Krankheit oder Unfall meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit (Einwilligungsfähigkeit) nach ärztlicher Einschätzung aller Wahrscheinlichkeit nach auf Dauer verloren habe und ich

a. mich unabwendbar und unmittelbar im Sterben befinde oder
b. an einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit leide, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist oder
c. infolge einer Gehirnschädigung (im Falle einer direkten Schädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung oder im Falle einer indirekten Schädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen) meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen, mein Umfeld wahrzunehmen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, eingebüßt habe; dabei ist mir bewusst, dass in einer solchen Situation die Fähigkeit zu inneren Empfindungen erhalten sein kann und die Rückkehr in ein bewusstes Leben nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden kann, oder
d. infolge 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:

© Esslinger Initiative - www.esslinger-initiative.de - Stand März 2020 – Nichtzutreffendes streichen!

3.
Meine Bestimmungen

Ich erwarte eine jeweils dem aktuellen Standard der Medizin und Pflege entsprechende Schmerztherapie und Behandlung zur Verhinderung oder Linderung von Atemnot, Angst, Unruhe, Übelkeit und weiteren mich belastenden Zuständen. Unnötige Medikamente sollen abgesetzt werden. Wenn alle medizinisch und pflegerisch möglichen Hilfestellungen zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, wünsche ich zur Linderung meiner Beschwerden auch bewusstseinsdämpfende Medikamente. Mit einer möglichen Verkürzung meiner Lebenszeit durch solche Maßnahmen bin ich einverstanden.

a. Es sollen alle möglichen lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Ich wünsche jedoch in jedem Fall eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege sowie eine fachgerechte medizinische Versorgung und Pflege (Palliative Care).

b. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise und ohne hochkalorische Flüssignahrungsmittel gestillt werden. Es soll kein Zwang zum Essen und Trinken ausgeübt werden. Künstliche Ernährung soll nicht begonnen oder nicht mehr fortgesetzt werden, unabhängig von der Form der Zuführung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke oder venöse Zugänge). Eine künstliche Flüssigkeitszufuhr darf nur zur Linderung meiner Beschwerden erfolgen.

c. Antibiotika, Blut und Blutbestandteile dürfen nur gegeben werden, wenn sie zur Linderung meiner Beschwerden beitragen.

d. Es soll keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete eingestellt werden, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Atemnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

e. Bei Herz-Kreislauf-Stillstand oder Atemversagen sind Wiederbelebungs-versuche zu unterlassen. Es soll keine Notfallbehandlung erfolgen.

f. Dialyse und andere Formen der Blutwäsche sollen nicht durchgeführt werden und schon eingeleitete eingestellt werden.

g. Auch die folgenden lebenserhaltenden Maßnahmen (z.B. Herzschrittmacher bzw. Defibrillator) sollen nicht durchgeführt bzw. eingestellt werden:

© Esslinger Initiative - www.esslinger-initiative.de - Stand März 2020 – Nichtzutreffendes streichen!

4.
Weitere Wünsche, Anordnungen und meine Wertvorstellungen:
(ggf. Rückseite oder Beiblatt verwenden)

5.
Organspende
Für den Fall, dass ich einer Organspende zustimme, dürfen dafür notwendige ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in dieser Patientenverfügung ausgeschlossen habe.

6.
Vertrauenspersonen
Als Vertrauenspersonen benenne ich:

Name:	Adresse:	Telefon:
Name:	Adresse:	Telefon:

Mit ihnen habe ich meine Patientenverfügung besprochen. Sie sind bereit, über meine Wünsche und meinen Willen Auskunft zu geben. Durch ihre Unterschrift bestätigen sie, dass sie keinen Zweifel an meiner Urteils- und Entscheidungsfähigkeit haben.

Ort, Datum:	Unterschrift der Vertrauensperson:
Ort, Datum:	Unterschrift der Vertrauensperson:

© Esslinger Initiative - www.esslinger-initiative.de - Stand März 2020 – Nichtzutreffendes streichen!

7.
Hinweis auf Bevollmächtigte
Ich habe eine Vollmacht erteilt an:

Name:	Adresse:	Telefon:
Name:	Adresse:	Telefon:

Meine Patientenverfügung soll nur im Einvernehmen mit meinen Bevollmächtigten umgesetzt werden.

8.
Hausarzt
Mein Hausarzt/meine Hausärztin hat meine Patientenverfügung zur Kenntnis genommen.

Name:	Adresse:	Telefon:

Ort, Datum:	Unterschrift des Arztes:

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.

© Esslinger Initiative - www.esslinger-initiative.de - Stand März 2020 – Nichtzutreffendes streichen!

9.
Schlussbemerkungen
Soweit ich in dieser Verfügung bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine weitere ärztliche Aufklärung.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Einvernehmen mit allen Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein.
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 eine lebenserhaltende Behandlung erfahren möchte, soll möglichst im Einvernehmen mit allen Beteiligten ermittelt werden, ob die Festlegungen in der Verfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

10.
Beratung
Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung beraten lassen durch

11.
Unterzeichnung
Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Mir ist die Möglichkeit einer Änderung oder eines Widerrufs der Patientenverfügung bekannt.

Ort, Datum:	Unterschrift der verfügenden Person:

© Esslinger Initiative - www.esslinger-initiative.de - Stand März 2020 – Nichtzutreffendes streichen!

Aktualisierungen der Patientenverfügung

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

□ in vollem Umfang □ mit folgenden Änderungen:

Ort, Datum:	Unterschrift der verfügenden Person:

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

□ in vollem Umfang □ mit folgenden Änderungen:

Ort, Datum:	Unterschrift der verfügenden Person:

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

□ in vollem Umfang □ mit folgenden Änderungen:

Ort, Datum:	Unterschrift der verfügenden Person:

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

□ in vollem Umfang □ mit folgenden Änderungen:

Ort, Datum:	Unterschrift der verfügenden Person: