



Patientenverfügungⁱ

Ich, _____ (Vorname, Name) _____ (Geburtsdatum)

_____ (Anschrift) _____ (Telefon)

verfüge, falls ich nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äußern, dass in den nachfolgend genannten Situationen meine Entscheidungen in Bezug auf medizinische Maßnahmen beachtet werden.

- | Ja | Nein | Situationen, für die diese Verfügung gilt |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im Sterbeprozess befinde |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ich mich im Endstadium (z. B. hohe Symptomlast, Sedierung) einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst, wenn der Todeszeitpunkt unabsehbar ist. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzt*innen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist. Das gilt, selbst wenn gelegentlich Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für eine indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen – einschließlich Wachkoma. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustands aber äußerst unwahrscheinlich ist. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. |

Zum Einsatz von lebensverlängernden Maßnahmen entscheide ich mich wie folgt:

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Herz-Kreislauf-Wiederbelebung durch Apparate und /oder Medikamente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Herz-Kreislauf-Wiederbelebung durch manuelle Herzdruckmassage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ künstliche Beatmung über einen Tubus (Kunststoffrohr) in der Luftröhre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ künstliche Beatmung über eine Maske (Nase / Mund)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ künstliche Blutwäsche bei Ausfall der Nierenfunktion (Dialyse) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ künstliche Ernährung über Infusion, Magensonde (über Nase) oder Bauchdecke ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ künstliche Flüssigkeitszufuhr über Infusionen oder ins Unterhautfettgewebe..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Operation..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Transfusion (Übertragung von Blut oder Blutbestandteilen)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Gabe von Antibiotika bei bakteriell-fieberhaften Entzündungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Palliativ indizierte Maßnahmen

Ich weiß, dass einige der vorher genannten Maßnahmen (und auch andere Maßnahmen wie ableitende Systeme und Entlastungsoperationen), palliativ indiziert sein können und zur Linderung von quälenden Beschwerden und zur Verbesserung der Lebensqualität in meiner letzten Lebensphase beitragen können. In einem solchen Fall erlaube ich deren Anwendung, auch, wenn ich sie als lebensverlängernde Maßnahmen vorher ausgeschlossen habe.

Ja Nein

.....

Ich erwarte eine menschliche, respektvolle und ganzheitliche Behandlung und Pflege in meiner letzten Lebenszeit. Auf die natürliche Stillung von Hunger und Durst, eine gute Mundpflege und eine fachgerechte Lagerung am Lebensende lege ich größten Wert.

Ich bitte um Hinzuziehung von palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Expertise und/oder die Einbindung eines SAPV-Teams (SAPV = Spezialisierte ambulante Palliativversorgung), wenn meine behandelnden Ärzt*innen, das Pflegepersonal oder meine Bevollmächtigte/n den Eindruck haben, dass die Versorgung ansonsten nicht ausreichend und bedarfsgerecht ist.

Ich erbitte die bestmögliche Symptomkontrolle (Schmerzlinderung, Linderung von Atemnot, Übelkeit, Angst und anderen quälenden Symptomen) und nehme dafür auch in Kauf, dass meine Lebenszeit dadurch eventuell verkürzt werden könnte.

Ja Nein

➤ Das schließt eine gezielte/palliative Sedierung mit ein.....
(wissend, dass damit eine Lebensverkürzung einher gehen kann)

Außerdem

- Ich wünsche Kontakt zu/Besuch von meinen An- und Zugehörigen
- Ich wünsche hospizlichen Beistand (ambulant und ggf. stationär)
- Ich wünsche seelsorglichen/spirituellen Beistand (_____)
- Ich habe eine Vorsorgevollmacht/Betreuungsvollmacht erstellt

bevollmächtigt ist: _____

Ergänzende Bemerkungen: _____

Die behandelnden Ärzt*innen und Pflegepersonen fordere ich auf, mit der von mir bevollmächtigten Person oder Betreuer*in die Maßnahmen abzustimmen, die im Verlauf meiner Einwilligungsunfähigkeit sinnvollerweise zu ergreifen oder zu unterlassen sind. Meinem hier dieser Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachten Willen ist zu entsprechen.

Im Rahmen der Beratung zur und Erstellung der Patientenverfügung habe ich einen **Wertebogen** ausgefüllt. Dieser Bogen liegt dieser Patientenverfügung bei, damit sich sowohl die behandelnden Ärzt*innen als auch meine Bevollmächtigte/n bei Unklarheiten daran orientieren können.

Ja Nein

Berlin, _____ **Unterschrift:** _____

Eine ausführliche Beratung erfolgte am _____ durch: _____

ⁱ Stand: 10/2021, (Hrsg: Home Care Berlin e.V., Brabanter Str.21, 10713 Berlin; der Text dieser Patientenverfügung (Stand 5/2021) wurde von Home Care Berlin e.V. entwickelt: Nutzung von Textbausteinen aus dem entsprechenden Formular des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz.