



Patientenverfügungⁱ

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet und das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

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

_____ (Anschrift) _____ (Telefon)

verfüge mit freiem, eigenverantwortlichem, unbeeinflusstem Willen, bis auf Widerruf, falls ich nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äußern, dass in den nachfolgend genannten Situationen mein Wille in Bezug auf die getroffenen Entscheidungen zu beachten ist.

- | Ja | Nein | Situationsen, für die diese Verfügung gilt |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1.) wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im Sterbeprozess befinde |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2.) wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst, wenn der Todeszeitpunkt unabsehbar ist (z. B. hohe Symptomlast, Sedierung). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3.) wenn ich infolge einer schweren Gehirnschädigung nach ärztlicher Einschätzung aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich meine Fähigkeit verloren habe, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Dies gilt auch, 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) und für eine indirekte Gehirnschädigung (z. B. nach Wiederbelebung, Schock, Lungenversagen). Mir ist bewusst, dass die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustands aber äußerst unwahrscheinlich ist.
Für den Fall des Wachkomas möchte ich die lebenserhaltenden Maßnahmen auf max. 6 Monate begrenzen Ja <input type="checkbox"/> Oder <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4.) 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.
Im Falle einer diagnostizierten Demenz im Endstadium und zusätzlich auftretender lebenslimitierender Erkrankung wünsche ich kurierende Therapien: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5.) wenn ich ohne Lebenszeichen aufgefunden werde, auch wenn Punkt 1. - 4. nicht vorliegen, wünsche ich aufgrund meines Lebensalters keine Wiederbelebung. |

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/Maske (Mund-Nase) | <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 (PEG).. | <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"/> |

