

# **Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht**

---

**20.01.2011**

**Herr Testus Test, geb. am 01.05.1955 wohnhaft in  
54332 Frankfurt/Main, Weg 33**

Ich # Testus Test, \*01.05.1955 wohnhaft in 54332 Frankfurt/Main, Weg 33 bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann...

## **1. Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll**

Wenn:

- Ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar in unmittelbarem Sterbeprozess befinde
- Ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist
- Ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (können namentlich benannt werden) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B: durch Unfall, Schlaganfall, oder Entzündungen ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B: nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.
- Ich infolge eines fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Art und Weise zu mir zu nehmen.

## **2. Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen**

### **Lebenserhaltende Maßnahmen**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.
- auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte.

Oder

- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, ggf. mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

### **Schmerz- und Symptombehandlung**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung

- aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung
- Oder:
- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Schmerzlinderung.
  - Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

### **Künstliche Ernährung**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- das eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird
- Oder
- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt.

### **Künstliche Flüssigkeitszufuhr**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Flüssigkeitszufuhr
- Oder
- die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen
- Oder
- die Unterlassung jeglicher künstlicher Flüssigkeitszufuhr

### **Wiederbelebung**

A: In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung
- Oder
- die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.
  - dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird

B: Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstandes oder Atemversagens

- lehne ich eine Wiederbelebung ab
- Oder
- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen unerwartet eintreten.

### **Künstliche Beatmung**

- In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich
- eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann

Oder

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

### **Dialyse**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

Oder

- dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

### **Antibiotika**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängert

Oder

- Antibiotika zur Linderung meiner Beschwerden

### **Blut/Blutbestandteile**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängert

Oder

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden

## **3. Ort der Behandlung, Beistand**

Ich möchte

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden

Oder

- wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben

Oder

- wenn möglich in einem Hospiz sterben

Ich möchte

- Beistand durch folgende Personen:

-

- -----

- Beistand durch einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft

-

- -----

- hospizlichen Beistand

#### **4. Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung**

- Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) z.B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.
- Sollte eine Ärztin oder ein Arzt das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Verfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin/meinem Vertreter erwarte ich dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.
- In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Personen Bedeutung zukommen:  
Meiner/m Bevollmächtigten, meiner/m Betreuer(in), der behandelnden Ärztinnen/Ärzte, andere Person -----
- Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/ meine Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen:  
Meiner/m Bevollmächtigten, meiner/m Betreuer(in), der behandelnden Ärztinnen/Ärzte, andere Person -----

#### **6. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen**

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl des der Betreuerin oder des Betreuers erstellt. Gewünschte Betreuerin/Betreuer:

Name: \_\_\_\_\_  
Wurde von mir am \_\_\_\_\_ bzgl. Der möglichen Folgen dieser  
Patientenverfügung aufgeklärt.  
Er/sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.  
Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes:

---

Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin/Ein Notar bestätigt werden.

## 5. Aktualisierung

- Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe
- Oder
- Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von --- Jahren ihre Gültigkeit verlieren, es sie denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.
  - Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:
    - in vollem Umfang
    - mit folgenden Änderungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum:

Unterschrift