

Patientenverfügung von

Straße, Nr., PLZ, Ort:

Telefon: Email:

Geb. am in

a.) Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden und verständlich äußern kann,
verfüge ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, ohne äußeren Druck, nach sorgfältigem
Bedacht und in Kenntnis der Konsequenzen meiner Entscheidungen folgendes:

Wenn (1) ich mich aller Voraussicht nach unabwendbar im Sterbeprozess befinde,

oder (2) wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit
befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,

oder (3) wenn infolge einer Gehirnschädigung und/oder weit fortgeschrittener Demenz oder
anderer Ursachen meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen
und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach einer Wartezeit von 2 Wochen
immer noch weitgehend erloschen ist, selbst wenn gelegentliche Reaktionen auf äußere
Reize beobachtet werden und der Tod noch nicht absehbar ist. Mir ist bewusst und ich
habe bei den hier getroffenen Entscheidungen bedacht, dass in solchen Situationen die
Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann,

oder (4) wenn ich auch mit ausdauernder persönlicher Hilfestellung nicht mehr in der Lage
bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen, ohne Aussicht auf
baldige wesentliche Besserung,

oder (5) wenn ich mich in einem mit (1), (2), (3) oder (4) vergleichbaren Zustand befinde,

lehne ich folgende Maßnahmen ab:

a1. Künstliche Ernährung jeder Art, wie etwa über eine Sonde durch Mund, Nase, Bauchdecke oder über die Vene, lehne ich ab.
a2. Künstliche Flüssigkeitszufuhr, außer zu rein palliativen Zwecken, lehne ich ab.
a3. Versuchen der Wiederbelebung (Reanimation) im Falle eines Kreislaufstillstands und/oder Atemversagens, lehne ich ab.
a4. längerfristige künstliche Beatmung lehne ich ab.
a5. Dialyse lehne ich ab.
a6. Antibiotika-Gabe, auch bei Lungenentzündung, lehne ich ab
a7. Die Gabe anderer lebenserhaltender oder lebensverlängernder Medikamente, lehne ich ab (Medikamentengabe nur zu rein palliativen Zwecken!)
a8. Operationen, außer zu rein palliativen Zwecken, lehne ich ab
a9. Empfang von Blut oder Blutbestandteilen, von Organen oder Geweben, lehne ich ab
a10. Installation eines Defibrillators lehne ich ab. (ggf. Abstellen und/oder Entfernen!)

Ort, Datum, Unterschrift zu Seite 1:

a11. Elektrokrampftherapie (außer bei katatoner Starre) lehne ich ab.
a12. intensivmedizinische Behandlung lehne ich ab.
a13.
a14.

b.) Hingegen wünsche ich mir unter allen Umständen:

b1. Hunger und Durst sollen, soweit möglich, auf natürliche Weise gestillt werden, falls nötig mit persönlicher Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.
b2. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten gegen Durstgefühl und Trockenheit, sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege.
b3. Ich wünsche fachärztl. palliativmedizinische Behandlung, die das Sterben als natürlichen Prozess des Lebens zulässt und möglichst gute Lebensqualität bis zuletzt sichert.
b4. Ich wünsche das Lindern von Schmerzen, Atemnot, starkem Husten, Übelkeit, Erbrechen, Schluckauf, Durchfall, Verstopfung, Muskelzittern, Angst, Unruhe, Verwirrtheit, Depression, Schlaflosigkeit und anderer stark belastender Symptome, auch mit Mitteln mit bewusstseinsdämpfender Wirkung. Die Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.
b5. Wenn vorherzusehen ist, dass ich bald sterben werde, soll ein Hospizdienst eingeschaltet werden und ich möchte, wenn möglich, in ein Hospiz verlegt werden.
b6. Ich wünsche mir, dass meinen Angehörigen die Möglichkeit gegeben wird, mich im Sterbeprozess zu begleiten.
b7. Meine Lieblings-Getreide Buchweizen, Amaranth und Quinoa möchte ich zubereitet oder mitgebracht bekommen, auch wegen der guten Verdauung.
b8. Flüssigkeit und Nahrung, auch wenn künstlich zugeführt, wünsche ich mir auf gut Körpertemperatur angewärmt.
b9. Bei der Mundhygiene wünsche ich mir, keine süßen, sauren oder salzigen Hilfsmittel zu verwenden, da ich sehr empfindliche Zahnhäule habe.
b10.
b11.

Ort, Datum, Unterschrift zu Seite 2:

Grundsätzlich – und unabhängig von den obigen Umständen (1) bis (5) – lehne ich, für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden und verständlich äußern kann, strikt ab:

c1. Versuche der Wiederbelebung (Reanimation) im Falle eines Kreislaufstillstands und/oder Atemversagens lehne ich ab. (stimme nur zu, wenn dies während oder kurz nach ärztlichen Maßnahmen, z.B. Operationen, notwendig wird.)
c2. Die Entnahme von Organen, Organteilen, Geweben oder Zellen, Organ-Diagnosen, Organschützende Maßnahmen, eine Hirntoddiagnostik, insbes. den Apnoe-Test, zum Zwecke der Organspende lehne ich ab.
c3. Jede Form von Zwangsmedikation und anderer Zwangsmaßnahmen, auch die Drohung mit einer solchen, lehne ich ab.
c4. Im Falle von Covid-19: invasive mechanische Beatmung und/oder ECMO lehne ich ab.
c5. Eine CT oder eine MRT lehne ich grundsätzlich ab.
c6.
c7.

Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen: Ich habe zusätzlich zu dieser Patientenverfügung eine **Vorsorgevollmacht** erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person und der Ersatz-Person besprochen. Ich beauftrage die bevollmächtigten Personen, meinen hier niedergelegten Willen und darüber hinaus meinen mutmaßlichen Willen mit allen legalen Mitteln durchzusetzen.

Bevollmächtigte
Anschrift:
Telefon / E-Mail:

Ersatz-Bevollmächtigter
Anschrift:
Telefon / E-Mail:

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber diesen beiden und folgenden Personen:

.....
und

- Ich weiß, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ändern oder widerrufen kann.
- Ich lehne es strikt ab, dass man mir, wenn ich mich nicht mehr verständlich äußern kann, einen sog. „natürlichen Willen“ unterstellt, der dieser Patientenverfügung widerspricht.
- Ich habe dieses Formular selbst entworfen nach den Vorgaben des BMJ und der BÄK.

Ort, Datum, Unterschrift der/des Verfügenden für alle 3 Seiten:

.....