Umfassende Patientenverfügung

Diese Vorlage orientiert sich in Struktur und Themen an den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) sowie den Formulierungshilfen des Bundesministeriums der Justiz. Sie ist als persönliche Arbeitsvorlage gedacht und sollte gemeinsam mit einer Ärztin/einem Arzt und ggf. einer Rechtsberatung überprüft werden.

1. Persönliche Angaben

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Krankenversicherung: _____

2. Grundsätze

Mein oberstes Ziel ist eine würdevolle Behandlung entsprechend meinem eigenen Willen. Wenn eine Heilung oder eine Rückkehr in einen für mich akzeptablen Gesundheitszustand nicht mehr zu erwarten ist, wünsche ich keine Maßnahmen, die ausschließlich der Verlängerung des Sterbeprozesses dienen.

3. Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll

☐ Unmittelbarer Sterbeprozess

☐ Unheilbare, tödlich verlaufende Erkrankung im Endstadium

☐ Dauerhafter Ausfall der Gehirnfunktion ohne Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins

☐ Schwerster Hirnschaden mit fehlender Kommunikationsfähigkeit

☐ Weit fortgeschrittene Demenz ohne Fähigkeit zur selbstbestimmten Entscheidung

4. Entscheidungen zu medizinischen Maßnahmen

Reanimation

☐ Ich wünsche Wiederbelebung, wenn eine realistische Aussicht auf Erholung besteht.

☐ Ich lehne Wiederbelebung in den oben beschriebenen Situationen ausdrücklich ab.

Beatmung

☐ Vorübergehende künstliche Beatmung bei realistischer Aussicht auf Erholung.

☐ Keine dauerhafte Beatmung ohne Aussicht auf Wiedererlangung eines für mich akzeptablen Zustands.

Intensivmedizin

☐ Intensivmedizin nur bei realistischer Heilungs- oder Erholungschance.

☐ Keine intensivmedizinischen Maßnahmen ausschließlich zur Lebensverlängerung.

Künstliche Ernährung und Flüssigkeit

☐ Zeitlich begrenzte künstliche Ernährung bei Aussicht auf Besserung.

☐ Keine künstliche Ernährung in aussichtsloser Situation.

☐ Keine dauerhafte künstliche Flüssigkeitszufuhr in aussichtsloser Situation.

☐ Mundpflege und Linderung von Durst sollen immer erfolgen.

Dialyse

☐ Dialyse nur bei realistischer Aussicht auf Besserung.

☐ Keine Dialyse ausschließlich zur Lebensverlängerung.

Operationen

☐ Operationen nur, wenn sie Beschwerden lindern oder eine Erholung ermöglichen.

Antibiotika / Blutprodukte

☐ Nur zur Symptomlinderung oder realistischen Besserung.

☐ Nicht ausschließlich zur Verlängerung des Sterbeprozesses.

5. Palliativmedizin

Ich wünsche jederzeit eine umfassende palliativmedizinische Versorgung. Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Übelkeit und andere belastende Symptome sollen bestmöglich behandelt

werden. Eine dadurch mögliche unbeabsichtigte Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf.

6. Gewünschter Aufenthaltsort

☐ Zu Hause

☐ Hospiz

☐ Palliativstation

☐ Pflegeeinrichtung

☐ Nach ärztlicher Empfehlung

7. Persönliche Wertvorstellungen

Für mich bedeutet Lebensqualität:

_____

_____

_____

_____

Folgende Situationen würde ich nicht mehr als lebenswert empfinden:

_____

_____

_____

_____

8. Organspende

☐ Ich bin Organspender.

☐ Ich bin kein Organspender.

☐ Es gilt mein Organspendeausweis.

9. Vorsorgevollmacht (Bevollmächtigte Person)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

10. Ärztliche Beratung

Name der Ärztin/des Arztes: _____

Praxis: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

11. Schlussformel

Ich habe diese Patientenverfügung freiwillig erstellt. Sie entspricht meinem aktuellen Willen und soll von allen behandelnden Personen beachtet werden.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

12. Regelmäßige Bestätigung

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____