



PATIENTENVERFÜGUNG

*Hinweise und Muster **



* Die auf den folgenden Seiten enthaltenen Ausführungen und Muster sind mit größter Sorgfalt zusammengestellt. Diese erheben jedoch keinen Anspruch auf Fehlerfreiheit und Vollständigkeit. Es handelt sich außerdem lediglich um allgemeine Angaben, vor einer Verwendung im Einzelfall ist eine fachkundige Beratung erforderlich. Wir übernehmen keine Haftung im Zusammenhang mit der Verwendung der nachfolgend dargestellten Ausführungen und Muster.

Informationen zur Patientenverfügung

I. Allgemeines

Mit den Errungenschaften der modernen Medizin können Krankheiten besiegt und Leiden gelindert werden. Viele Menschen haben Angst vor dem Sterben oder dem künstlich verlängerten Leben.

Wenn das Grundleiden eines Kranken nach ärztlicher Überzeugung unumkehrbar ist, einen tödlichen Verlauf angenommen hat und der Tod in kurzer Zeit eintreten wird, ist Hilfe für den Sterbenden und Hilfe beim Sterben zulässig. In solchen Fällen kann der Arzt auf weitere, technisch eventuell noch mögliche Maßnahmen wie z.B. Beatmung, Sauerstoffzufuhr, Bluttransfusion und künstliche Ernährung verzichten. Aber auch wenn der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat, kann der Abbruch einer einzelnen lebenserhaltenden Maßnahme bei entsprechendem Patientenwillen als Ausdruck seiner allgemeinen Entscheidungsfreiheit und des Rechts auf körperliche Unversehrtheit zulässig sein (Hilfe zum Sterben). An die Annahme des mutmaßlichen Willens sind dann erhöhte Anforderungen zu stellen. Hierbei sind frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Kranken ebenso zu berücksichtigen, wie seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen.

Durch eine Patientenverfügung hat ein Arzt die Möglichkeit, wenn ein Patient nicht mehr zu einer Willensbildung fähig ist und sich nicht mehr äußern kann, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln. Für den Fall, dass der Patient unheilbar erkrankt und nicht mehr in der Lage ist, eine Entscheidung über Maßnahmen zu treffen, die lediglich eine Sterbens- oder Leidensverlängerung bedeuten würde, erhält der Arzt eine wichtige Entscheidungshilfe.

Darüber hinaus hat in der Patientenverfügung der Wunsch nach einer Schmerzlinderung Aufnahme gefunden, selbst wenn diese zu einer Lebensverkürzung führen kann.

Bevor Sie die Patientenverfügung unterschreiben, sollten Sie den Inhalt mit Vertrauenspersonen, wie z.B. Angehörigen, Freunden und Ihrem Arzt, besprechen. Diese in der Verfügung genannten Vertrauenspersonen sollten bei der Abfassung der Verfügung mitwirken, um später den behandelnden Ärzten die Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Verfügenden zu erleichtern. Bedenken Sie, dass mit der Patientenverfügung den Angehörigen und behandelnden Ärzten eine schwierige Entscheidung erleichtert wird. Dies darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass Sie sich zunächst selbst in einem Entscheidungsprozess mit dem Sterben auseinandersetzen müssen. Eine Patientenverfügung kann eine Hilfe sein, wenn auch nicht für jeden Einzelfall.

II. Folgende wichtige Hinweise sollten Sie beachten

Das Originalformular Ihrer Patientenverfügung sollte bei Ihren persönlichen Unterlagen, z.B. Familienbuch, Testament, aufbewahrt werden. Dabei sollte sichergestellt sein, dass die Verfügung auch aufgefunden wird. Eine Möglichkeit ist, dass Sie einen Vermerk, z.B. ausgefüllte und unterschriebene Patientenverfügung im Scheckkartenformat, bei den Ausweispapieren bei sich tragen. Das Einschweißen in transparente Folie wird von einigen Institutionen, z.B. einzelnen Kreissenorenräten, angeboten. Eine Verwahrung der Patientenverfügung bei den Vormundschaftsgerichten ist nicht möglich. **Grundsätzlich liegt es in Ihrem Verantwortungsbereich, dass die Patientenverfügung den behandelnden Ärzten zur Kenntnis gelangt.**

- Ihre Daten werden nicht gespeichert. Eine Kopie Ihrer Patientenverfügung können Sie den Vertrauenspersonen, die die Patientenverfügung unterschrieben haben, zur Verfügung stellen. Wenn möglich, bleiben Sie mit diesen Personen in Gesprächskontakt.
- Weitere Kopien können Sie ggf. für behandelnde Ärztinnen/Ärzte, Betreuungspersonal u.a. bereithalten, um diesen zu gegebener Zeit eine Patientenverfügung zukommen zu lassen.
- Bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift alle ein bis zwei Jahre, dass die Patientenverfügung nach wie vor Ihrem Willen entspricht. Eine notarielle Beurkundung ist nicht erforderlich.
- Zusätzlich können Sie unter „Besondere Wünsche und Anliegen“ Hinweise insbesondere über religiösen Beistand, das Einverständnis zur Organspende und/oder Obduktion, das Vorgehen bei bestimmten Krankheiten sowie über den Wunsch, dass bestimmte therapeutische Maßnahmen gewollt werden, geben. Dabei sollten Sie darauf achten, dass Ihre Wünsche klar umschrieben und bestimmt sind sowie Ihr Wille eindeutig erkennbar ist.
- Die Patientenverfügung orientiert sich an der Rechtsprechung in der Bundesrepublik Deutschland. Sie kann damit in der ganzen Bundesrepublik Deutschland zur Anwendung kommen.
- Durch die Patientenverfügung wird weder die Anordnung einer Betreuung ausgeschlossen noch eine verbindliche – sowohl vom Arzt als auch vom Betreuer unbedingt zu beachtende – Anordnung getroffen. Die Patientenverfügung entfaltet nur insoweit betreuungsrechtliche Wirkungen, als sie für den vom Vormundschaftsgericht bestellten Betreuer die Möglichkeit bietet, den mutmaßlichen Willen des Betreuten zu ermitteln und danach zu handeln.

Patientenverfügung

Entscheidungshilfe für die behandelnde Ärztin/ den behandelnden Arzt

Name, Vorname/n

Geburtsdatum

Geburtsort

Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)

Patientenverfügung

Falls ich in einen Zustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiderruflich verloren habe, will ich, dass man auf Maßnahmen verzichtet, die nur noch eine Sterbens- und Leidensverlängerung bedeuten würden. Auf jeden Fall erwarte ich aber, dass eine ausreichende Schmerzbehandlung vorgenommen wird, auch wenn sich mein Leben dadurch verkürzen sollte. Mein Leben soll sich in Stille und Würde vollenden. Vor einer entsprechenden Entscheidung über das weitere Vorgehen verlange ich, dass die verantwortlichen Ärzte mit folgenden Personen und/oder folgender Ärztin/ folgendem Arzt meines Vertrauens, die von meiner Patientenverfügung Kenntnis genommen haben, Rücksprache nehmen, um den verantwortlichen Ärzten die Ermittlung des mutmaßlichen Willens zu erleichtern. Die verantwortlichen Ärzte sind ihnen gegenüber von der Schweigepflicht entbunden. Auch bestätigen folgende Personen mit nachfolgender Unterschrift, dass sie von meiner Patientenverfügung Kenntnis genommen haben und ich diese Erklärung nach sorgfältiger Überlegung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und unabhängig von Einflüssen Dritter unterschrieben habe.

1. Name, Vorname/n	Telefon
Adresse	Unterschrift
2. Name, Vorname/n	Telefon
Adresse	Unterschrift
3. Name, Vorname/n	Telefon
Adresse	Unterschrift
4. Name, Vorname/n	Telefon
Adresse	Unterschrift
Ort, Datum	Unterschrift der/des Verfügenden

Besondere Wünsche und Anliegen:

Ort, Datum	Unterschrift der/des Verfügenden
------------	----------------------------------

Ergänzungen/Nachträge

Die oben getroffene Patientenverfügung entspricht nach wie vor meinem Willen. Dies bestätige ich durch meine erneute(n) Unterschrift(en). Empfehlung: Jeweils nach ein bis zwei Jahren wieder unterschreiben.

Datum	Unterschrift der/des Verfügenden
Datum	Unterschrift der/des Verfügenden
Datum	Unterschrift der/des Verfügenden

Patientenverfügung

Ich,

Name Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Straße PLZ/Wohnort

Telefon

verfüge hiermit für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, dass keine lebensverlängernden Maßnahmen einer Intensivtherapie an mir vorgenommen werden,

- wenn ich mich im unmittelbaren Sterbeprozess befinde und, oder
- bei dauerhaftem Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers und, oder
- wenn eine dauerhafte Schädigung meines Gehirnes wahrscheinlich ist und, oder
- bei Dauerbewusstlosigkeit oder fortschreitendem geistigen Verfall.

Ärztliche Maßnahmen, die eine Verlängerung des Sterbeprozesses bewirken, verweigere ich hiermit ausdrücklich meine Zustimmung. Ärztlichen Maßnahmen, die mich vor unnötigen Schmerzen, körperlicher oder seelischer Art, bewahren, wie die Gabe von Medikamenten, auch wenn die Dosis eventuell zu einem früheren Eintritt des Todes führt, stimme ich ausdrücklich zu.

Ort Datum Unterschrift

Zeuge bei der Unterzeichnung der Urkunde:

Name Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Straße PLZ/Wohnort

Telefon

überprüft und bestätigt:

Ort Datum Unterschrift

überprüft und bestätigt:

Ort Datum Unterschrift