

Zur Erstellung einer

STANDARD- PATIENTENVERFÜGUNG*

(auch als einfaches »Ankreuzformular« nutzbar)



Ich (Verfügende/r):

.....
Verfügender mit Vor- und Zunamen / Geburtsdatum / Adresse / Telefon

erkläre hiermit vorsorglich meinen Willen zu medizinischen Maßnahmen für den Fall, dass ich später dazu nicht mehr in der Lage bin.

A Situationen, in denen die in B folgenden Festlegungen 1 – 5 gelten sollen:

Bitte zutreffende Situationen ankreuzen und nicht zutreffende ggf. streichen.

Erklärungen zu den Fußnoten finden Sie im Anhang. Bitte bedenken Sie, dass hier nur die mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit „aussichtslosen“ Standard-Situationen abgedeckt sind. Lassen Sie sich beraten zu Möglichkeiten der Erweiterung oder zum alternativen Modell einer Optimalen Patientenverfügung.

Wenn ich ...

- ... mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar **im unmittelbaren Sterbeprozess** oder **Endstadium einer unheilbar tödlich verlaufenden Krankheit** befinde und **einwilligungsunfähig bin**.
- ... **in Folge einer** (unerwartet eingetretenen) **schweren Gehirnschädigung¹** meine **Fähigkeit**, Einsichten zu gewinnen und bewusst mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach ärztlicher Einschätzung und Erfahrung **aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich** verloren habe. Dies gilt **auch, wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist**. Es ist mir bewusst, dass bei **Dauerbewusstlosigkeit (Wachkoma)^{1a}** oder bei **wachkomaähnlichen Zuständen** die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und ein Aufwachen nicht ganz sicher auszuschließen ist.
- ... bei weit **fortgeschrittenem Hirnabbauprozess¹** – bei Demenzerkrankung z. B. nach dem **Alzheimer Typus^{1b}** – auch mit ausdauernder Hilfeleistung **nicht mehr in der Lage bin**, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- Weitere Situation von Einwilligungsunfähigkeit**, für die meine folgenden Festlegungen gelten sollen (in eigenen Worten):

B Festlegungen 1 – 5 zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter medizinischer Maßnahmen

1. Basisversorgung und Umfang der Schmerz- und Symptombehandlung²

Neben menschenwürdiger Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege sind **Schmerzen und andere belastende Symptome** wie Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe u. a. **fachgerecht zu lindern**.

Wenn Schmerzen oder Atemnot in den oben unter A genannten Situationen nicht anders zu lindern sind: Sollen dann auch bewusstseinsdämpfende Mittel² verabreicht werden?

* nach Textbausteinen des Bundesministeriums der Justiz im Sinne der Hospiz- und Palliativarbeit

- JA:** Dann wünsche ich auch bewusstseinsdämpfende Mittel.
- Die unwahrscheinliche Nebenwirkung einer – ärztlicherseits ungewollten – indirekten Verkürzung meiner Lebenszeit² nehme ich in Kauf.
- NEIN:** Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, aber keine Mittel, die zur Dämpfung des Bewusstseins führen können. Auch eine indirekte Verkürzung meiner Lebenszeit² lehne ich ab.

2. Lebenserhaltende und –verlängernde Maßnahmen in den unter A genannten Situationen?

- JA:** Alles medizinisch Mögliche soll getan werden, um mich am Leben zu erhalten. Ich wünsche z. B. die Durchführung von künstlicher Blutwäsche (Dialyse) und künstlicher Beatmung, solange diese Maßnahmen ärztlicherseits angeboten werden.
- NEIN:** Es sollen dann keine lebenserhaltenden Maßnahmen wie Dialyse (Blutwäsche) u. a. durchgeführt bzw. schon eingeleitete eingestellt werden.
- Es soll dann auch keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete eingestellt werden, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung von Atemnot erhalte.

3. Natürliche und künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

Das Stillen von Hunger- und Durstempfinden³ soll so lange wie möglich auf natürliche Weise erfolgen, ggf. mit Hilfe (Handreichung) bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Darüber hinaus fordere ich in jedem Fall eine fachgerechte Mundpflege.

Soll in den unter A genannten Situationen auch künstliche Ernährung³ (durch Magensonde oder venöse Zugänge) erfolgen?

- JA:** Wenn ich selbst nichts mehr zu mir nehmen kann, soll künstliche Ernährung unabhängig von meinem Krankheitszustand und meiner Lebenserwartung begonnen und weitergeführt werden.
- NEIN:** Es soll dann keine künstliche Ernährung mehr erfolgen, unabhängig von der Form der Zuführung (z. B. Magensonde durch Nase oder Bauchdecke / venöse Zugänge).
- Ich wünsche dann auch keine künstliche Flüssigkeitszufuhr³ mehr, es sei denn, sie ist - in vermindertem Maße - palliativmedizinisch angezeigt.

4. Antibiotika/Blutbestandteile u. a. Mittel in den unter A genannten Situationen zum Zweck der Lebensverlängerung?

- JA:** Ich wünsche diese Mittel, falls damit mein Leben verlängert werden kann.
- NEIN:** Ich erlaube diese Mittel nur, falls sie zur Linderung meiner Beschwerden erforderlich sind.

5. Versuche zur Wiederbelebung⁴ in den unter A genannten Situationen bei akutem Herz-/Kreislaufstillstand?

- JA:** Ich wünsche in jedem Fall Versuche zur Wiederbelebung.
- NEIN:** Ich wünsche dann keine Versuche zur Wiederbelebung mehr.
- Ein Notarzt soll dann nicht verständigt werden.

X

Ort, Datum

Unterschrift der/des Verfügenden

ggf. Bezeugung

Wenn Sie ein Ankreuzformular (gegen welches es allerdings gelegentlich Vorbehalte gibt) nutzen wollen, können Sie die bisherigen Angaben einfach unterschreiben. Zu empfehlen ist jedoch eine individuelle Ausarbeitung, die zudem weitere Angaben enthalten sollte (siehe Teil C).