

Patientenverfügung

Ich, _____, geb.

wohnhaft in _____

verfüge schon jetzt für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, gegenüber meinen Ärzten, dem Alten- oder Pflegeheim, in dem ich im entscheidenden Zeitpunkt ggf. wohne, sowie gegenüber jedem, der sonst Entscheidungen über meine Person zu treffen hat, folgendes:

Ich wünsche einen menschenwürdigen Tod und bitte meine Ärzte, Angehörigen und Pfleger, mir dabei beizustehen.

Wenn zwei Fachärzte unabhängig voneinander bestätigt haben und keine abweichenden ärztlichen Prognosen eines behandelnden Arztes vorliegen,

- dass ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde,
- dass ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,
- dass in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsicht zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,

wünsche ich keine weiteren intensiv-medizinischen Maßnahmen, die mein Leben verlängern oder aufrechterhalten.

Ich wünsche,

- keine Gabe lebenserhaltender Medikamente.
- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. weiter aufrechterhalten wird. Ich wünsche jedoch, dass Medikamente zur Linderung der Luftnot gegeben werden und zwar auch dann, wenn diese Medikamente meine Lebenszeit verkürzen.
- keine künstliche Ernährung durchgeführt bzw. aufrechterhalten wird.

Ich wünsche in jedem Fall eine fachgerechte Pflege der Mund- und Schleimhäute sowie eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege. Insbesondere verlange ich, dass mir bei Schmerzen, Erstickungsängsten und Atemnot, Übelkeit, Angst sowie anderen qualvollen Zuständen und belastenden Symptomen Medikamente verabreicht werden, die mich von Schmerzen und

größeren Belastungen befreien, selbst wenn dadurch mein Tod voraussichtlich früher eintreten wird.

Verfügung für Demenz

Wen ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung auf natürliche Weise zu mir zu nehmen, wünsche und verlange ich keine künstliche Ernährung (weder über eine Magensonde, durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene) und verminderte Flüssigkeit nach ärztlichem Ermessen.

Das gleiche gilt, wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozess wiederholte und deutlich wahrnehmbare Abwehrhandlungen, die gegen die Aufnahme von Speisen und/ oder Flüssigkeit gerichtet sind.

Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck nach sorgfältiger Überlegung selbst erstellt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidung bewusst. Sie sind Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts.

Im Fall der langsam zunehmenden schleichenden Erkrankung des Gehirns, wie bei Altersdemenz oder Alzheimerkrankheiten ist folgendes zu beachten:

Sollte ich von selber oder auf Befragung die soeben festgelegte Patientenverfügung widerrufen, so verlange ich, dass durch ein Gutachten zweier Ärzte, von denen einer Facharzt für Neurologie oder Psychiatrie ist, festgestellt wird, dass ich die notwendige Einsicht für diesen Widerruf sicher noch habe.

Sollte dieses nicht sicher sein, so hat es mit bei meiner in dieser Patientenverfügung niedergelegten Entscheidung zu bleiben.

Ich gebe diese Erklärung nach sorgfältiger Überlegung und in der vollen Verantwortung für mich selbst ab. Für den Fall, dass ich aufgrund von Bewusstlosigkeit oder anderen körperlichen Beeinträchtigungen nicht mehr in der Lage sein werde, über meine persönlichen Belange zu entscheiden, soll diese Erklärung als Bekundung meines ausdrücklichen Willens gelten.

Sollte ein Arzt oder eine Ärztin oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und / oder pflegerische Behandlung gesorgt wird.

Diese Verfügung bitte ich, meinen behandelnden Ärzten zugänglich zu machen. Zu Maßnahmen, die dieser Verfügung widersprechen, verweigere ich ausdrücklich meine Zustimmung.

