

Patientenverfügung

Name, Vorname des/ der Verfügenden	Geburtsdatum	Geburtsort
Anschrift		

Für den Fall, dass ich durch Krankheit, Unfall oder Behinderung zur Bildung und Äußerung meines Willens nicht mehr in der Lage bin, soll diese Patientenverfügung Anwendung finden.

Mir kommt es vor allem darauf an, in Würde und natürlich zu sterben. Wenn ich wegen einer Erkrankung keinen eigenen Willen mehr äußern kann, möchte ich nur so lange weiterleben und jede schulmedizinische Behandlung erhalten, wie eine hinreichende Wahrscheinlichkeit auf Besserung besteht. Nur solange bin ich damit einverstanden, dass mir zur **Ernährung** eine Magensonde gelegt wird oder ich sonst in irgendeiner Weise künstlich ernährt werde. Ich genehmige ausdrücklich eine Sonde, soweit sie erforderlich ist, um mir Medikamente zuzuführen.

Eine künstliche Ernährung soll insbesondere unterbleiben, wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, oder mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Diese soll insbesondere dann unterbleiben, wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, ich also wohl nie wieder ein selbst bestimmtes Leben führen kann, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für die direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für die indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.

Ich möchte auch nicht künstlich ernährt werden, wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei einer Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zunehmen.

Die Ausführungen zur Verweigerung einer künstlichen Ernährung gelten entsprechend für die Entscheidung über eine intensivmedizinische bzw. medikamentöse Behandlung oder Flüssigkeitszufuhr.

Sollten eine künstliche Ernährung oder sonstige lebensverlängernde Maßnahmen (z.B. künstliche Ernährung, Flüssigkeitszufuhr oder Antibiotika bei fieberhaften Begleitinfektionen) begonnen worden sein, weil man von einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit auf Besserung ausgegangen war, möchte ich dass diese eingestellt bzw. abgebrochen werden, wenn der oben beschriebene Zustand, insbesondere ein Wachkoma bzw. ein „closed-in-syndrom“ länger als drei Monate vorliegt.

Ich weiß, dass ich dann nach einiger Zeit sterben bzw. verhungern werde.

Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

Solange die Aussichten auf eine Besserung meines Zustandes noch hinreichend wahrscheinlich sind, stimme ich einem operativen Eingriff oder einer Medikamentengabe zu, auch wenn die Behandlung unter Umständen den Tod zur Folge haben kann.

Ich möchte mit Medikamenten, vor allem mit Schmerzmitteln, behandelt werden, wenn sie meine Leiden wirksam bekämpfen. Dafür nehme ich ausdrücklich in Kauf, dass Bewusstseinsstörungen oder ein früherer Tod eintreten.

Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, möchte ich in ein künstliches Koma verlegt werden.

Falls mein Herz zum Stillstand gekommen ist **und** ich an einer unumkehrbaren, schweren Krankheit leide **und/ oder** mein Gehirn wahrscheinlich dauerhaft so schwer geschädigt sein wird, dass ich völlig hilflos und zur Kommunikation unfähig bin, dann möchte ich nicht mehr wiederbelebt werden.

Für den Fall des Hirntodes bin ich mit der **Entnahme von Organen** – nicht – einverstanden.

Die Feststellung über meinen Gesundheits- Zustand soll von zwei Ärzten unabhängig von einander getroffen werden.

Sollte es zwischen dem behandelnden Arzt und meinem Bevollmächtigten einen Konflikt bezüglich meiner Geschäftsfähigkeit geben, ist ausschließlich mein Bevollmächtigter zu Entscheidungen über meine Behandlung befugt, bis eine Entscheidung durch das Vormundschaftsgericht getroffen wurde. Verweigert er die Behandlung, liegt eine Behandlung ohne Genehmigung und damit eine vorsätzliche Körperverletzung vor. Ich bin mir über die Tragweite dieser Verfügung im Klaren, denn ich habe mich vor deren Abfassung umfassend informiert.

Durch eine Vorsorgevollmacht habe ich geregelt, wer im Verhinderungsfall berechtigt ist, mich zu vertreten. Bitte setzen Sie sich mit ihr/ ihm in Verbindung, falls Entscheidungen zu treffen sind, die nicht durch diese Patientenverfügung gedeckt sind. (*Bei Nichtzutreffen diesen Absatz streichen*). Es handelt sich um

Name, Vorname des/ der Bevollmächtigten	Anschrift
---	-----------

Mein/e Bevollmächtigte/r ist angewiesen, meinen hier geäußerten Willen mit allen zulässigen Mitteln juristisch durchzusetzen. Das bedeutet insbesondere, Strafanzeige wegen Körperverletzung zu erstatten, falls ich entgegen dieser Verfügung künstlich ernährt werde oder eine nicht ausreichende Schmerztherapie erhalte. In diesen Fällen soll er/ sie sich weiter weigern, zivilrechtliche Ansprüche gegen mich anzuerkennen bzw. auszugleichen, d.h. es sollen insoweit keine Zahlungen erfolgen.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------