

PATIENTENVERFÜGUNG von Max Mustermann

Ich, Max Mustermann

geboren am: 01.01.1901

wohnhaft Musterstr.1 in 11111 Musterstadt

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden

oder verständlich äußern kann:

**Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde oder ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde,
oder infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, (z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen)
oder ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen treffe ich folgende Festlegungen:**

Es sollen alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche eine fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

Ich erwarte eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung.

Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich dabei in Kauf.

Ich wünsche, dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) **und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung und falls eine Notärztin oder ein Notarzt hinzugezogen wurde, diese/dieser unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstandes oder Atemversagens lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

Ich wünsche, dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

Ich lehne eine Dialyse ab und möchte auch keine fremden Gewebe oder Organe empfangen. **Ich wünsche keine Gabe von Blut oder Blutersatzstoffen**, eine Behandlung mit Antibiotika erlaube ich nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

Zur Entnahme meiner Organe zu Transplantationszwecken bin ich, sollte dies medizinisch möglich sein, bereit. Müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

Ich möchte wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung unter Hinzuziehung eines Palliativdienstes (SAPV Wuppertal) sterben. Sollte dies nicht möglich sein, wünsche ich die Verlegung in ein Hospiz. Geistlichen Beistand wünsche ich mir von Bruder Dirk Wasserfuhr osc, wohnhaft Beyenburger Freiheit 49 in 42399 Wuppertal, Tel.Nr. 0171-4474489.

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Meine Bevollmächtigten sollen dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

Sollte eine Ärztin oder ein Arzt 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. Von meinen Bevollmächtigten erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen:

Ich entbinde meine die mich behandelnden Ärzte und Ärztinnen von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen.

Meinem Sohn **Matthias Mustermann**
Meiner Tochter: **Maximiliane Mustermann**

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit den von mir bevollmächtigten Personen besprochen:

Bevollmächtigte(r) Name: **Matthias Mustermann**
Anschrift: **Musterweg 25**
11222 Munsterdorf

Telefon:

E-Mail:

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.

Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich die Darstellung meiner allgemeinen Wertverstellung beigelegt:

Datum:_____ **Unterschrift:**_____

Hiermit bestätige ich, Matthias Mustermann, dass mein Vater zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Patientenverfügung im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte war und sich in vollem Umfang der getroffenen Entscheidungen bewusst war.

(Datum, Unterschrift)

MEINE WERTVORSTELLUNGEN:

Ich habe nun schon meinen 80. Geburtstag gefeiert und ein abwechslungsreiches, wenn auch nicht immer leichtes Leben geführt. Meine Kinder und Enkel sind alle schon im Beruf und führen ein eigenständiges Leben, ich bin sehr stolz auf alle und freue mich, dass wir alle einen guten Kontakt miteinander pflegen und bisher innerhalb der Familie immer Einigkeit erzielen konnten. Seit mein Mann vor über 30 Jahren sehr jung verstorben ist und auch mein Lebensgefährte schon über 15 Jahre tot ist habe ich mich ganz auf meine Familie und die Pflege meines großen Freundes- und Bekanntenkreises konzentriert. Regelmässig konnte ich auch in Urlaub fahren. Je älter ich werde, umso mehr spüre ich meine körperlichen Einschränkungen. Schon viele Jahre habe starke Rückenbeschwerden, damit kann ich jedoch gut umgehen. Starke körperliche Einschränkungen und Untätigkeit zu ertragen fällt mir jedoch sehr schwer, aber ich kann es aushalten. Dann kann ich auch die Hilfe meiner Kinder und fremde Hilfe annehmen. Unerträglich ist mir aber die Vorstellung, geistig, oder vielleicht irgendwann einmal körperlich, nicht mehr so fit und dann auf ständige und umfangreiche Hilfe angewiesen zu sein. Ich habe bei Freundinnen bereits mitbekommen, wie Sie sich mit Ihrer Pflegebedürftigkeit und/oder Ihrer Demenz verändert haben. So möchte ich nicht leben. Mir ist wichtig, dass ich mich mit meiner Familie und meinen Freunden unterhalten kann. Wenn ich einmal so verwirrt und krank bin, dass ich das nicht mehr kann und nicht mehr weiß, wo ich bin und meine Familie und Freunde nicht mehr erkenne, so soll es dann auch nicht mehr lange dauern, bis ich sterbe. Unerträglich ist für mich die Vorstellung an Maschinen, Apparate und Schläuche angeschlossen zu sein, die mein Sterben nur herauszögern. Daher möchte ich dann nur noch eine palliativ medizinische Versorgung. Ich möchte auch nicht mehr vom Notarzt reanimiert werden, weil es doch auch einmal gut sein muss, wenn mein Herz aufgehört hat zu schlagen. So weit dies möglich ist und meine Kinder bzw. die ganze Familie nicht zu sehr körperlich und seelisch belastet wird, möchte in meinem gewohnten Zuhause bleiben und auch in meiner vertrauten Umgebung sterben. Nur wenn eine Betreuung zu Hause nicht mehr möglich sein sollte, möchte ich in Hospiz um dort in einer netten und lieben Umgebung sterben zu können.

Ort, Datum, Unterschrift

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend in vollem Umfang.

Datum _____

Unterschrift _____

Datum _____

Unterschrift _____