

Patientenverfügung

Angaben zur Verfasserin, zum Verfasser:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Anschrift (Postleitzahl, Ort, Straße)

An meine Lebenspartnerin, meinen Lebenspartner, meine Familie, meine Pastorin, meinen Pastor, meine Ärzte.

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, verfüge ich im jetzigen Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und aus freiem Willen folgendes:

Ich weiß, dass letztendlich weder ich noch die Ärzte über das Ende meines Lebens bestimmen. Ich lehne aktive Sterbehilfe ab. Ich will jedoch auch nicht, dass mein Leben um jeden Preis verlängert wird.

Im Falle einer andauernden Bewusstlosigkeit oder einer unheilbaren und kurzfristig zum Tode führenden Krankheit wünsche ich lediglich Grundpflege und umfassende Schmerztherapie, insbesondere das Lindern von Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderen belastenden Symptomen. Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Ich wünsche keine Verlängerung meines Leidens oder Sterbens durch Intensivmedizin, wenn **zwei Ärztinnen oder Ärzte** bestätigen, dass keine Heilung mehr möglich ist. Wenn eine Situation eintritt, in der keine Aussicht auf eine nachhaltige Verbesserung meines Zustandes im Hinblick auf die Lebenserwartung mehr besteht, sollen an mir keine lebenserhaltenden Maßnahmen vorgenommen werden oder bereits begonnene abgebrochen werden.

Gleichwohl sind mir folgende medizinische Behandlungen besonders wichtig:

Die Ernährung durch eine Magensonde, Magenfistel, Vene:

Ja Nein

Antibiotika bei fieberhaften Begleitinfekten:

Ja Nein

Die Gabe von Blut/ Blutbestandteilen **nur** zur Linderung meiner Beschwerden:

Ja Nein

Die Durchführung einer künstlichen Beatmung:

Ja Nein

Die Einstellung einer schon eingeleiteten Beatmung unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte:

Ja Nein

Wiederbelebungsversuche:

Ja Nein

Ich bitte in dieser Situation um

Beistand durch folgende Personen: _____

Beistand durch eine Vertreterin, einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

Ich wünsche, dass meine Hausärztin bzw. mein Hausarzt
Dr. _____ verständigt wird.

Ich bin mit einer Obduktion zur Befundklärung einverstanden:
 Ja Nein

Einer Organentnahme zum Zweck der Transplantation
 stimme ich zu, lehne ich ab,

mit Ausnahme folgender Organe: _____

Können die behandelnden Ärzte aufgrund ihrer Weltanschauung oder Berufsauffassung meinen Willen nicht respektieren, so verlange ich, dass die Verantwortung einem Arzt übergeben wird, der meine Verfügung respektiert und einen Krankenhauswechsel. Es soll nichts getan werden, was ich ausdrücklich untersagt habe oder was die von mir gesetzten Grenzen überschreitet. Zugleich stelle ich die behandelnden Ärzte von möglichen nachteiligen juristischen oder anderen Konsequenzen, die sich aus der Beachtung meiner oben niedergelegten Verfügungen ergeben könnten, ausdrücklich frei.

Sollte ich infolge schwerer körperlicher oder psychischer Erkrankung in meiner Entscheidungsfähigkeit zeitweise oder dauerhaft eingeschränkt sein, so dass ich meine Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann oder will, bevollmächtige ich

Name	Vorname	Anschrift, Telefon, Mail, Fax

mich in den Angelegenheiten dieser Patientenverfügung zu vertreten und meine Rechte zu wahren, weil ich ihr oder ihm vertraue. Ihre oder seine Rechtshandlungen sollen dieselbe Wirksamkeit haben, wie wenn ich sie selbst ausführen würde. Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte, die oder den Bevollmächtigten über meine evtl. Erkrankungen aufzuklären, um Entscheidungen im gesundheitlichen Bereich zu ermöglichen. Diesbezüglich entbinde ich die behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht.

Bei Entscheidungen, in denen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren und länger andauernden Schaden erleide, darf der oder die Bevollmächtigte gemäß § 1904 BGB in Maßnahmen meines Gesundheitszustandes einwilligen, nicht einwilligen oder deren Einwilligung widerrufen. Die Genehmigung des Betreuungsgerichtes ist nur erforderlich, wenn zwischen dem Bevollmächtigtem und dem behandelnden Arzt kein Einvernehmen besteht.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten (§§ 1901a(2), 1901b (2) BGB) zu ermitteln. Dafür sollen die Ausführungen auf Seite 4 „**Meine Wertvorstellungen**“ als Richtschnur maßgeblich sein.

Ich habe eine schwerwiegende Erkrankung:

Ja, bitte die nachfolgende Erklärung beachten

Nein

Meine Erkrankungen:

--

Diese können zu Folgendem führen:

--

In diesem Fall wünsche ich...

--

Diagnostische Maßnahmen oder eine Einweisung in ein Krankenhaus sollen nur dann erfolgen, wenn sie einer besseren Beschwerdelinderung dienen und ambulant nicht durchgeführt werden können.

ja nein

Ich möchte

zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt werden

wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben

wenn möglich in einem Hospiz sterben

Die Patientenverfügung gilt nur, wenn die oder der Bevollmächtigte das Original vorlegen kann.

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird. Sollte ich meine Meinung ändern, werde ich dafür sorgen, dass mein geänderter Wille erkennbar zum Ausdruck kommt.

Ort, Datum

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

Die oder der Verfügende ist mir bekannt. Ich habe mich nach bestem Wissen davon überzeugt, dass sie oder er im Vollbesitz der geistigen Kräfte ist und die Patientenverfügung ohne Zwang gefertigt hat.

Erster Zeuge:	Zweiter Zeuge:
Name, Vorname:	Name, Vorname:
Ort, Datum:	Ort, Datum:
Unterschrift:	Unterschrift:

Bei der Festlegung der Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von:

Name, Anschrift, Telefon

Erneute Bestätigung nach jeweils **zwei Jahren**:

Datum, Unterschrift der Verfasserin oder des Verfassers

Datum, Unterschrift des ersten zweiten Zeugen - wenn möglich -

Datum, Unterschrift der Verfasserin oder des Verfassers

Datum, Unterschrift des ersten zweiten Zeugen- wenn möglich -

Datum, Unterschrift der Verfasserin oder des Verfassers

Datum, Unterschrift des ersten zweiten Zeugen - wenn möglich -

Ärztliche Bescheinigung

Ein ärztliches Beratungsgespräch über Inhalt, Umfang und Tragweite der Patientenverfügung hat stattgefunden. Die verfügende Person ist zum jetzigen Zeitpunkt voll geschäftsfähig.

Ort, Datum _____

Unterschrift, Stempel _____

Hinweise zur Patientenverfügung

Vor dem Hintergrund der jüngsten Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (Beschluss vom 06.07.2016 – XII ZB 61/16) sollte sich aus der Patientenverfügung sowohl die konkrete Behandlungssituation (z.B.: „Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit“) als auch die auf diese Situation bezogenen Behandlungswünsche (z.B. die Durchführung oder die Ablehnung bestimmter Maßnahmen wie die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr) ergeben.

1. Es wird empfohlen, die Patientenverfügung mit einer Vollmacht zu kombinieren.
2. Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein stattgefundenes Beratungsgespräch, z.B. mit Ihrem Hausarzt über Inhalt, Umfang und Tragweite der Patientenverfügung kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben. Es ist ratsam, die ärztliche Bescheinigung von Ihrem Hausarzt unterschreiben zu lassen.
3. Leiden Sie an einer schweren Erkrankung, sollten Sie die Patientenverfügung in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt individuell ergänzen. Nur so kann bei Verschlechterung Ihres Gesundheitszustandes auf Ihre konkreten Behandlungs- bzw. Unterbleibungswünsche eingegangen werden. Sollte der vorgegebene Platz nicht ausreichen, fügen Sie eine Anlage hinzu.
4. Die vorliegende Patientenverfügung ist zwar sehr sorgfältig ausgearbeitet worden, lässt jedoch keine Rückschlüsse auf ihre eigenen Wertvorstellungen und Lebenseinstellungen zu. In dem Fall ihrer Entscheidungsunfähigkeit muss jedoch die Patientenverfügung genau der eingetretenen Situation entsprechen oder die Ärzte müssen mit Hilfe des Bevollmächtigten ihren mutmaßlichen Willen auf Grundlage der Patientenverfügung ermitteln. Es wird daher dringend empfohlen, **Seite 4 - Meine Wertvorstellungen** - auszufüllen. Es unterstreicht ihre persönliche ernsthafte Auseinandersetzung mit dem schwierigen Thema, ist eine wesentliche Auslegungshilfe und erhöht somit die Verbindlichkeit. Sollte der vorgegebene Platz nicht ausreichen, fügen Sie eine Anlage hinzu.
5. Da sich Lebenseinstellungen, Normen und Werte mit zunehmendem Alter verändern, können Sie eine individuelle handschriftliche Anlage nutzen, um fortlaufend Ihre Einstellung zu verdeutlichen. Versehen Sie Ihre Ergänzungen immer mit Ort, Datum und Unterschrift!
6. Die eigenhändige Unterschrift und die Unterschrift eines Zeugen sollte möglichst in regelmäßigen Abständen von zwei Jahren erneuert werden.
7. Eine notarielle Beurkundung ist nicht erforderlich.
8. Die schriftliche Form ist vorgeschrieben.
9. Eine Hinweiskarte auf die bestehende Patientenverfügung sollten Sie immer bei sich führen.
10. Es wird geraten, die Patientenverfügung bei den persönlichen Unterlagen aufzubewahren und evtl. beim Hausarzt dokumentieren zu lassen.

**Bei Fragen zu diesem Vordruck wenden Sie sich an die
Betreuungsstelle der Stadt Oldenburg, Tel.: 0441/235-4444.**