**Patientenverfügung**

Ich, ........................... ………………...…,

geboren am…………......................................,

wohnhaft in............................................................................................,

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

* Es sollen alle Maßnahmen ergriffen werden, die mein Leben verlängern können
* Ich will unter keinen Umständen lebensverlängernde Maßnahmen

**A Situationen, für die die folgenden Verfügungen in B gelten sollen:**

Wenn ich

* mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde
* mich im Endstadium einer unheilbar tödlich verlaufenden Krankheit befinde (auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist) **und** ich **einwilligungsunfähig** bin
* in Folge einer schweren Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und bewusst mit anderen Menschen in Kontakt zu treten
	+ - nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren habe

 oder – bei unsicherer Prognose –

* + - mich nach …………… (Zeitraum) in oben beschriebenen Zuständen **ohne** **nachweislich deutliche Verbesserung** **meiner Kontaktfähigkeit** befinde
		- will ich auch bei Unsicherheiten generell keine lebensverlängernden Maßnahmen
		- sollen sich meine Angehörigen verabschieden können und dann – trotz Unsicherheiten – alle lebensverlängernden Maßnahmen beendet werden

(Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für 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.)*

* in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. im Spätstadium einer demenzieller Erkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage oder willens bin, zu essen und zu trinken
* Vergleichbare, hier nicht aufgeführte Krankheitszustände, sollen entsprechend beurteilt werden.

**B** **In all den unter A beschriebenen Situationen bestimme ich, dass**

* alle lebensverlängernden Maßnahmen unterlassen werden, die nur den Todeseintritt verzögern
* keine Wiederbelebungsmaßnahmen unternommen, auch nicht versucht werden
* ich nicht künstlich beatmet werde bzw. dass eine schon eingeleitete Beatmung beendet wird. Ich möchte aber Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalten
* ich nicht künstlich ernährt werde - unabhängig von der Form der Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge oder Port). Eine bereits eingeleitete Ernährung und Flüssigkeitszufuhr sollen wieder abgesetzt werden
* keine invasiven oder sonstig aufwendigen diagnostischen Maßnahmen erfolgen
* keine Dialyse (Blutwäsche) durchgeführt wird
* kein Antibiotikum, keine Chemotherapie oder Bestrahlung angesetzt werden
* keine Zufuhr von Blut oder Blutbestandteilen erfolgt
* ich nicht auf eine Intensivstation verlegt werde
* keine Operationen durchgeführt werden

*Ausnahme sind nur Situationen, in denen einzelne dieser Behandlungsmaßnahmen* ***ausschließlich zur Linderung schwerer Symptome eingesetzt*** *werden könnten, weil diese anders nicht beherrschbar erscheinen.*

**Stattdessen wünsche ich, dass**

* ich Zuwendung, gute Körperpflege und das fachgerechte Lindern belastender Symptome wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe etc. erfahre
* ich, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung erhalte 🡪 palliative Sedierung
* Hunger und Durst auf natürliche Weise gestillt werden
* die Flüssigkeitszufuhr nach dem aktuellen Wissensstand der Palliativmedizin reduziert wird (aktuell bis 0 max. 500 ml über 24 Stunden)
* eine fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten erfolgt
* der Notarzt nicht verständigt wird, stattdessen sollen meine Hausärztin bzw. der ärztliche Bereitschaftsdienst (116 117) informiert werden
* ein gegebenenfalls doch hinzugezogener Notarzt unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird
* keine Krankenhauseinweisung erfolgt, sondern fachgerechte Versorgung vor Ort, zum Beispiel mit Hilfe eines spezialisierten ambulanten Palliativ-Teams (SAPV-Team)

**C. Weitere Angaben zur Patientenverfügung**

**Organtransplantation**

* Ich lehne eine Organentnahme nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.
* Ich bin mit einer Organentnahme einverstanden. Im Falle eines Hirntodes akzeptiere ich die damit erforderlichen Behandlungsmaßnahmen bis zu …… Tagen, auch ausdrücklich entgegen meinen sonstigen Bestimmungen in der Patientenverfügung.

**Gewünschter Aufenthaltsort am Lebensende**

* Mit bevollmächtigten Personen besprechen, welche Möglichkeiten zur Verfügung stehen

**Gewünschter Beistand am Lebensende**

Ich wünsche, dass benachrichtigt und einbezogen werden:

* Bitte mit bevollmächtigter Person klären

**Persönliche Einstellung zu Leben, schwerer Krankheit, Behinderung, Sterben**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………D. Zur Verbindlichkeit meiner Patientenverfügung**

* Eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten ist der Patientenverfügung beigelegt.
* Eine Betreuungsverfügung ist für alle Fälle ebenfalls beigelegt
* Die Patientenverfügung ist verbindlich. Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille von den behandelnden Ärzten sowie dem ganzen Behandlungsteam und auch meinen Bevollmächtigten befolgt wird.
* In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret genug geregelt sind, soll meine/r Bevollmächtigte/r (bitte Namen einfügen) bzw. meine Ersatzbevollmächtigte/r (bitte Namen einfügen) entscheiden. Sie/Er ist/sind ausführlich über meine Wünsche und Vorstellungen am Lebensende informiert und ich vertraue ihr/ihm/ihnen, dass sie/er – nach entsprechenden Gesprächen mit den behandelnden Ärzten und Pflegenden - eine Entscheidung in meinem Sinne treffen wird/werden.
* Der Inhalt meiner Patientenverfügung sowie die Vollmachtregelung sind mit meinen Bevollmächtigten sowie den engsten Angehörigen/ Freunden besprochen.
* Mir ist die Möglichkeit einer Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt und weiß, dass eine einmalige Unterschrift grundsätzlich ausreichend ist.
* 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.
* Mein/e Arzt/ Ärztin ………………………………. erhält eine Kopie dieser Verfügung.
* Ich habe mich zur Erstellung dieser Patientenverfügung beraten lassen von

……………………………………. ……………………………………………………………………

Ort, Datum Unterschrift