

Patientenverfügung

Ich

Vorname, Name

geb. am

Wohnhaft

2.2 Diese Patientenverfügung gilt für den Fall, dass ich nicht mehr einwilligungsfähig bin im Sinne des § 1901a BGB. Es folgen jetzt die Situationen, für die die Verfügung gelten soll und die außerdem auch exemplarisch verstanden werden können. Die Situationen können sich überschneiden. Eine der Situationen genügt erst Recht alleine, nämlich wenn

<ul style="list-style-type: none"> ich nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte voraussichtlich noch _____Tage oder weniger zu leben habe. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> eine infauste Prognose zweier erfahrener Fachärzte vorliegt, d. h. wenn mein Zustand eine Heilung nicht ermöglicht und mit dem Tod innerhalb von _____Tagen zu rechnen ist. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde und aufgrunddessen mit dem Todeseintritt innerhalb von _____Tagen zu rechnen ist. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt z. B. für direkte Gehirnschädigung durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen, unumkehrbarer Schädigung durch Tumor, durch Narkose, künstliches Koma oder sonstige Medikamente etc. Das gilt auch, wenn die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und ein „Aufwachen“ aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ich infolge eines 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. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

<ul style="list-style-type: none"> (Fall D) ich infolge eines Abbaus meiner geistigen Funktionen (z. B. Hirnabbauprozesses, Hirnmasseschwund, Alzheimer, <i>Demenzerkrankung</i>, irreversible Tumorwirkung etc.) nicht mehr in der Lage bin, nahe Angehörige, z. B. selbständig ohne Suggestion wiederzuerkennen, d. h. diese zum Beispiel vom Pflegepersonal zu unterscheiden und nach einem Zeitraum von mindestens ____ Tagen dies immer noch nicht der Fall ist und nach Auffassung zweier erfahrener Ärzte nicht absehbar ist, dass sich dieser Zustand wieder ändern wird. 	<p>Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Nein <input type="checkbox"/></p>
<ul style="list-style-type: none"> (Fall L) ich mich aufgrund sog. Lockin-Syndroms nicht äußern kann 	<p>Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Nein <input type="checkbox"/></p>
<ul style="list-style-type: none"> Wachkoma, wenn _____Tage andauernd 	<p>Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Nein <input type="checkbox"/></p>
<ul style="list-style-type: none"> Koma, wenn _____Tage andauernd 	<p>Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Nein <input type="checkbox"/></p>
<ul style="list-style-type: none"> ich nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte bis zu meinem Tod das Bewusstsein nicht wiedererlangen werde. 	<p>Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Nein <input type="checkbox"/></p>
<ul style="list-style-type: none"> ich nicht mehr in der Lage bin, den Toilettengang selbständig durchzuführen und mich danach selbst zu reinigen, dies sich voraussichtlich nicht mehr ändern wird und dies bereits _____ Tage andauert.. 	<p>Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Nein <input type="checkbox"/></p>
<ul style="list-style-type: none"> ich ein irreversibles Versagen <i>mehrerer</i> lebenswichtiger innerer Organe erlitten habe, selbst wenn noch auf Spenderorgane gewartet werden könnte (Ausnahme: eine Niere zählt nicht, nur beide Nieren sind als ein Organ in diesem Sinne zu rechnen, die Galle gilt nicht als lebenswichtig) 	<p>Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Nein <input type="checkbox"/></p>
<ul style="list-style-type: none"> ein irreversibles Versagen <i>mehrerer</i> lebenswichtiger Organe sicher <i>unmittelbar bevorsteht</i>, selbst wenn noch auf Spenderorgane gewartet werden könnte , z. B. bei Verletzungen aufgrund schweren Autounfalls. Ausnahme: Eine Niere zählt nicht, nur beide Nieren sind als ein Organ in diesem Sinne zu rechnen. 	<p>Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Nein <input type="checkbox"/></p>

<p>Grundsätzlich ist unter den genannten Bedingungen eine künstlich mit medizinischen Mitteln herbeigeführte <i>Verzögerung</i> des Todes unerwünscht. Sollte durch eine der genannten Maßnahmen Schädigungen des Organismus, insbesondere des Gehirns oder anderer lebenswichtiger Organen erfolgen, die Gefahr des Todes erhöht werden oder gar der Tod verursacht werden (wenn der beschriebene Zustand für sich genommen nicht zum Tode führen würde), so billige ich dies, auch wenn dies nachfolgend zur Vermeidung von Wiederholungen nicht bei jeder Maßnahme in diesem Detail aufgeführt ist.</p> <p>Mir ist klar, dass beispielsweise das Todesfasten (Einstellung der Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr) ebenso wie das Absetzen lebenswichtiger Medikamente oder das Einstellen der künstlichen Beatmung, Abbruch oder Verweigerung der Dialyse, Verweigerung von Antibiotika, Blutgaben oder Gabe von Blutbestandteilen, Verweigerung sonstiger Lebenserhaltender Maßnahmen oder der Wiederbelebung eine Form des Suizides ist oder zumindest sein kann.</p> <p>Soweit nachfolgend verfügt, werden Ärzte, Pflegekräfte, Betreuer, Bevollmächtigte etc. von ihrer gesetzlichen, ethischen und moralischen Verpflichtung befreit, anders zu handeln. Ihnen wird vielmehr durch diese Verfügung eine gesetzliche Verpflichtung auferlegt, meinen Anweisungen nach dieser Verfügung zu folgen.</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Nein <input type="checkbox"/></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	------------------------------------------

- ergänzende Beschreibung der Anwendungssituation:

(Anmerkung: Es sollten wie in allen Fällen nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.)

2.3 Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

2.3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

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

Ja

Nein

2.3.2 Schmerz- und Symptombehandlung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen .

oder

Ja

Nein

- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung.

Ja

Nein

- eine absolute Unterbindung von Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, Ängsten, starker Unruhe und sonstigen qualvollen Zuständen und belastenden Symptomen.

Ja

Nein

Ist dies nur unter Gabe von Mitteln/Medikamenten möglich, welche eventuell vorhandenes Bewusstsein oder Restbewusstsein trüben oder das Risiko von Halluzinationen, Wahnvorstellungen oder dergleichen beinhalten (z. B. Morphine), so sind

<ul style="list-style-type: none"> diese Mittel dennoch einzusetzen, selbst wenn dabei die Gefahr des Todes erhöht wird oder der Tod schneller eintritt und 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> bei auch nur geringer Gefahr von Halluzinationen oder Realitätsverlust als Nebenwirkung der Maßnahmen und auch ansonsten bei deren Gefahr des Vorliegens wünsche ich, dass das Bewusstsein/Restbewusstsein zum kontrollierten Ausschluss dieser Nebenwirkungen so weit wie irgend möglich ausgeschaltet wird (künstliches Koma/Tiefschlaf), selbst wenn dies zu einer weiteren Schädigung oder einer Beschleunigung des Todes führen kann oder führt. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Ist die Ausschaltung des Bewusstseins nicht möglich, so sind die vorher genannten Mittel dennoch einzusetzen. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Birgt ein Zusammenwirken der gewünschten Maßnahmen oder Mitteln die Gefahr weiterer Schädigungen (auch schwerer Organschädigungen) oder des Risikos der Herbeiführung des Todes, so sind diese dennoch anzuwenden/einzusetzen. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Ich wünsche, dass mir keine lebenserhaltenden oder -verlängernden Medikamente verabreicht werden. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit oder Gesundheitsschädigung durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2.3.3 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr		
In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,		
<ul style="list-style-type: none"> 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. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> bei auch nur geringer Gefahr von Hungergefühl oder Durst als Folge der Einstellung von Ernährung und Flüssigkeitszufuhr wünsche ich, dass das Bewusstsein zur Vermeidung dieser Beschwerden so weit wie irgend möglich ausgeschaltet wird (künstliches Koma/Tiefschlaf), selbst wenn dies zu einer weiteren Schädigung oder einer Beschleunigung des Todes führen kann oder führt. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Ist die Ausschaltung des Bewusstseins nicht möglich, so sind die vorher Maßnahmen dennoch umzusetzen. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Auch wenn ein <i>Zusammenwirken</i> der gewünschten 	Ja	Nein

Vorgehensweise die Gefahr weiterer Schädigungen (auch schwerer Organschädigungen) oder des Risikos der Herbeiführung des Todes birgt oder diesen herbeiführt, so sind diese dennoch anzuwenden/einzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sollte wider Erwarten in einer oder mehrerer der beschriebenen Situationen die künstliche Ausschaltung des Bewusstseins/Restbewusstseins zur Behandlung von Hunger oder Durst nicht möglich oder nicht zulässig sein, so wünsche ich		
<ul style="list-style-type: none"> im Übrigen dennoch die unter diesem Punkt 2.3.3 gewählte Vorgehensweise. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgen. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, selbst wenn damit mein Leben verlängert werden kann. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ergänzungen/Ausnahmen: _____ _____ _____		
2.3.4 Wiederbelebung		
A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich		
<ul style="list-style-type: none"> die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> , dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
B. Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens		
<ul style="list-style-type: none"> lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2.3.5 Künstliche Beatmung		
In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich		
<ul style="list-style-type: none"> 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 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

<p>ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.</p> <p><i>Oder</i></p>		
<ul style="list-style-type: none"> Bei Ansätzen zur Atemnot, auch leichter Atemnot oder Übelkeit wünsche ich, dass das Bewusstsein so weit wie irgend möglich ausgeschaltet wird (künstliches Koma/Tiefschlaf), selbst wenn dies zu einer weiteren Schädigung oder einer Beschleunigung des Todes führen kann oder führt. 	<p>Ja</p> <input type="checkbox"/>	<p>Nein</p> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Lediglich eine Linderung von Atemnot durch Medikamente (z. B. Morphinum/Sedierung) mit Restatemnot ist mir zwar lieber als gar nichts, ist jedoch inakzeptabel. 	<p>Ja</p> <input type="checkbox"/>	<p>Nein</p> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> in den beschriebenen Situationen wünsche ich unter der Voraussetzung, dass das Fehlen des Bewusstseins sicher gestellt ist, dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird. Die Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf. 	<p>Ja</p> <input type="checkbox"/>	<p>Nein</p> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Der vorgenannte Punkt gilt auch, wenn dies als künstliches Koma/Tiefschlaf zur Durchführung vorherigen leidminimierenden Anweisungen herbeigeführt wurde. 	<p>Ja</p> <input type="checkbox"/>	<p>Nein</p> <input type="checkbox"/>
<p>2.3.6 Dialyse</p> <p>In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich</p>		
<ul style="list-style-type: none"> dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse abgebrochen wird. 	<p>Ja</p> <input type="checkbox"/>	<p>Nein</p> <input type="checkbox"/>
<p>2.3.7 Antibiotika</p> <p>In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich</p>		
<ul style="list-style-type: none"> Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation⁵ zur Beschwerdelinderung. <p><i>oder</i></p>	<p>Ja</p> <input type="checkbox"/>	<p>Nein</p> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> keine Antibiotika. 	<p>Ja</p> <input type="checkbox"/>	<p>Nein</p> <input type="checkbox"/>
<p>2.3.8 Blut/Blutbestandteile</p> <p>In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich</p>		
<ul style="list-style-type: none"> keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen. 	<p>Ja</p> <input type="checkbox"/>	<p>Nein</p> <input type="checkbox"/>
<p>2.3.9 Operationen, medizinische Eingriffe</p> <p>In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich</p>		

<ul style="list-style-type: none"> dass Operationen oder medizinische Eingriffe unterlassen oder abgerochen werden, soweit sie der Verlängerung des Lebens dienen können, selbst wenn diese Verlängerung vielleicht längere Zeiträume wie _____Tage beträgt und dadurch nur die beschriebene Situation verlängert, aber nicht behoben wird. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> dass Operationen oder medizinische Eingriffe unterlassen oder abgerochen werden, wenn nur eine geringfügige Resthoffnung von weniger als ____ % erkaufte werden könnte, die beschriebene Situation zu beseitigen. Eingriffe, um überhaupt eine brauchbare Prognose zu erlangen, sind hiervon nicht betroffen. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Für den Fall, dass in den oben beschriebenen Situationen		
<ul style="list-style-type: none"> eine nach Punkt 2.3.1 bis 2.3.9 nicht vorgesehene bzw. unerwünschte Maßnahme bereits eingeleitet worden sein sollte, widerrufe ich hiermit meine Einwilligung in die Aufrechterhaltung dieser Maßnahme und verlange deren Einstellung. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2.4 Ort der Behandlung, Beistand		
Ich möchte		
<ul style="list-style-type: none"> zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden. <i>oder</i>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben. <i>oder</i>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> wenn möglich in einem Hospiz sterben. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Ich möchte

- Beistand durch folgende Personen:

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

Ich versage

- Beistand oder Besuch durch folgende Personen:

- Ich wünsche hospizlichen Beistand.

Ja

Nein

2.5 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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

2.6 Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

- Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) – z. B. Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) – soll 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 meiner Vertreterin/meinem Vertreter (z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)) 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, ggf. weitere Ausführungen zu meinen Wertvorstellungen. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: (*Alternativen*)
 - meiner/meinem Bevollmächtigten.
 - meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
 - der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

anderer Person: _____

- Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: (*Alternativen ggf. ankreuzen*)
 - meiner/meinem Bevollmächtigten.
 - meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
 - der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

anderer Person:

2.7 Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

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

Bevollmächtigte(r)

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/Telefax/E-Mail: _____

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen). Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/Telefax/E-Mail: _____

2.8 Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.
(ggf. offen lassen, nachträgliche Beifügung möglich)

Ja

- Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

2.9 Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt); sollte nur diese Verfügung allein vorliegen, so gilt dies als Organspendeausweis mit Einwilligung in die Organentnahme.

Ja

Nein

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann (Alternativen)

- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

Ja

Nein

- gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

oder

Ja

Nein

<ul style="list-style-type: none"> • Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntods bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können und dafür ärztliche Maßnahmen erforderlich werden, die ich in meiner Patientenverfügung grundsätzlich ausgeschlossen habe. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch infrage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Dieses gilt auch, wenn der Hirntod nach Einschätzung der Ärzte bei mir zwar noch nicht eingetreten ist, aber er aller Voraussicht nach in wenigen Tagen eintreten wird. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantations-zwecken ab. 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<p>2.10Schlussformel</p> <p>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. Sollte versehentlich eine der Formulierungen unwirksam sein, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der sonstigen Klauseln oder den Grundtenor dieser Verfügung.</p>		

2.13 Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit und Aufklärung

Herr/Frau

wurde von mir am

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes; des Juristen

Sonstiges:

Ort, Datum

Unterschrift