**Patientenverfügung**

Ich,……………………………………………………….,

geboren am: …………………………………………....,

wohnhaft in:…………………………………………...…

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

Meine Patientenverfügung soll für folgende Situationen und auch daraus abzuleitende Situationen gelten:

* wenn ich mich am Ende einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist;
* wenn 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, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.\*

*\*Diese Patientenverfügung soll insbesondere bei zerebralen Schädigungen greifen, wenn die Aussicht auf ein selbstbestimmtes Leben nur noch gering ist. Das heißt konkret: Haben sich meine kognitiven Fähigkeiten zur Selbstbestimmung innerhalb von spätestens drei Monaten nicht erholt, verlange ich zwingend eine Änderung des Therapieziels hin zu palliativer Behandlung. Ein Versuch neurologischer Rehabilitation für höchstens drei Monate entspricht meinem Willen; zeichnet sich jedoch vorher eindeutig kein Fortschritt in Richtung eines selbstbestimmten Lebens ab, ist die Therapiezieländerung schon vor Ablauf der drei Monate vorzunehmen.*

* 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 zu nehmen.

**Lebenserhaltende Maßnahmen**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, ggf. mit Unterstützung bei der natürlichen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und die Linderung von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderen belastenden Symptomen.

**Schmerz- und Symptombehandlung**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung. Versagen alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Kontrolle von Schmerzen und Symptomen, akzeptiere ich auch Mittel mit bewusstseinsdämpfender Wirkung zur Beschwerdelinderung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch solche Maßnahmen nehme ich in Kauf.

**Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich keine künstliche Ernährung – unabhängig von der Form der Zuführung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöser Zugang) – sowie keine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

**Wiederbelebung**

Generell wünsche ich keine Wiederbelebung, wenn ein Herz-Kreislauf-Stillstand unbeobachtet eingetreten ist, sicher länger als fünf Minuten bestanden hat oder der initiale Herzrhythmus im EKG des Rettungsdienstes bzw. anderer professioneller Helfender eine Asystolie zeigt.

Bleibt trotz Reanimation innerhalb von 20 Minuten ein ROSC (Return of Spontaneous Circulation) aus, sind die Reanimationsmaßnahmen einzustellen.

In den oben genannten Situationen wünsche ich grundsätzlich die Unterlassung von Wiederbelebungsversuchen. Eine Notärztin oder ein Notarzt soll nicht verständigt bzw. im Falle einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung informiert werden. Auch bei einer neurologischen Rehabilitationsphase mit unklarem Ausgang wünsche ich keine Reanimation.

**Künstliche Beatmung**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass keine künstliche Beatmung begonnen bzw. eine bereits eingeleitete Beatmung beendet wird – vorausgesetzt, ich erhalte Medikamente zur Linderung der Luftnot. Eine mögliche Bewusstseinsdämpfung oder eine unwahrscheinliche Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

**Dialyse**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass keine Dialyse begonnen bzw. eine bereits begonnene Dialyse beendet wird.

**Antibiotika**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich keine Antibiotikatherapie.

**Blut / Blutbestandteile**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich keine Gabe von Blut, Blutbestandteilen oder anderen Blutprodukten.

Sollten mir unwissentlich Maßnahmen verabreicht worden sein, die ich in dieser Patientenverfügung eindeutig ablehne, sind diese unverzüglich einzustellen. Dazu gehören z. B. die finale Extubation sowie das Beenden sämtlicher intensivmedizinischer Maßnahmen. Ich wünsche nicht, dass eine von mir abgelehnte Therapie „eingefroren“ wird; sie ist vielmehr zu beenden.

Zur Kenntnisnahme: Dies ist **keine** „Tötung auf Verlangen“ (früher: „aktive Sterbehilfe“), sondern das Befolgen meines Behandlungswunsches. Nicht Verzicht oder Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme bedürfen hier der Rechtfertigung, sondern deren Beginn bzw. Fortsetzung.

**Ort der Behandlung**

Ich möchte, wenn möglich, in einem Hospiz sterben. Ist dies nicht möglich, wünsche ich eine sehr gute palliativmedizinische Begleitung.

**Verbindlichkeit, Auslegung, Durchsetzung, Widerruf**

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille ist von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie dem übrigen Behandlungsteam zu befolgen. Meine Vertreterin bzw. mein Vertreter (z. B. Bevollmächtigte*r oder Betreuer*in) hat dafür Sorge zu tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Ist eine Ärztin, ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit, meinen Willen zu befolgen, erwarte ich die Einberufung einer ethischen Fallberatung oder die Übergabe an eine andere medizinische bzw. pflegerische Betreuung.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die nicht ausdrücklich geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille – möglichst im Konsens aller Beteiligten – zu ermitteln; diese Patientenverfügung dient dabei als Richtschnur. Bei Meinungsverschiedenheiten ist der Einschätzung meiner bzw. meines Bevollmächtigten besonderes Gewicht beizumessen.

Solange ich die Patientenverfügung nicht widerrufe, wünsche ich nicht, dass mir in einer konkreten Anwendungssituation ein geänderter Wille unterstellt wird.

**Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen**

Neben dieser Patientenverfügung habe ich Vorsorgevollmachten für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und deren Inhalt mit den von mir Bevollmächtigten besprochen:

Bevollmächtigte Person

Name: ……………………………………………………………

Anschrift: …………………………………………………………

Kontakt: …………………………………………………………..

und

Bevollmächtigte Person

Name: ……………………………………………………………

Anschrift: …………………………………………………………

Kontakt: …………………………………………………………..

**Organspende**

Ich stimme der Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Führt eine sich abzeichnende Hirntodsituation dazu, dass dafür Maßnahmen erforderlich werden, die ich in dieser Patientenverfügung ausgeschlossen habe, geht meine erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

**Schlussbemerkungen**

Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ändern oder widerrufen kann. Ich bin mir der Inhalte und Konsequenzen meiner Entscheidungen bewusst, habe die Verfügung eigenverantwortlich und ohne äußeren Druck erstellt und befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte. Die Verfügung gilt, bis ich sie widerrufe.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Aktualisierung**

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

☐ in vollem Umfang

☐ mit folgenden Änderungen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_