

PATIENTENVERFÜGUNG / VORSORGEVOLLMACHT

Ich,

....., geb., wohnhaft in,
bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr selbständig bilden oder mich verständlich äußern kann, Folgendes:

Teil I:

Gültig für folgende Situationen:

- A) Wenn ich mich nach ärztlicher Einschätzung unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess ohne jegliche Aussicht auf Besserung befinde;
- B) Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist und ich meinen Willen selbst nicht mehr ausdrücken kann;
- C) Wenn infolge einer Hirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen zu kommunizieren, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach - trotz ausreichender und langfristiger Therapieversuche (z.B. bei Schlaganfall 6 - 12 Monate) - unwiederbringlich erloschen ist, und sich keine Besserungstendenz eingestellt hat, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist;

Dies gilt z.B.

für direkte Hirnschädigung, wie z.B. durch Unfall, Schlaganfall sowie
für indirekte Hirnschädigung, wie z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder
Lungenversagen sowie

für weitere Folgeerkrankungen, wie beispielsweise Wachkoma.

Bei einer Erkrankung, wie z.B. bei einem Locked-in-Syndrom, wünsche ich mit allen verfügbaren Möglichkeiten der Kommunikation mehrfach gefragt zu werden, wie weiter verfahren werden soll.

Mir ist 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.

- D) 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, wenn ich bettlägerig und stark pflegebedürftig bin, wenn ich nicht mehr fähig bin, zu kommunizieren, wenn also Gehirn und Körper weitgehend geschädigt sind und das Dasein einem "Dahinvegetieren" gleicht;

▶ Lebenserhaltende Maßnahmen

Ich wünsche in Situation A/B/C und/oder D, dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Schrittmacher, die mich gegen meinen Willen reanimieren sollen abgestellt werden.

Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit menschlicher Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme. Flüssigkeitszufuhr kann z.B. durch Infusion, notfalls auch durch Sonden geschehen, um ein qualvolles Austrocknen zu verhindern. Eine künstliche Ernährung lehne ich in diesen Situationen ab.

Ich wünsche eine fachgerechte Pflege, eine menschenwürdige Unterbringung, menschliche, liebevolle, geduldige Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

▶ Schmerz- und Symptombehandlung

Ich wünsche in Situation A/B/C und/oder D, dass, falls alle sonstigen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung gegeben werden.

Die dadurch möglicherweise eintretenden Nebenwirkungen in Form einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch solche schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

▶ künstliche Ernährung

Ich wünsche in Situation A/B/C und/oder D keine künstliche Zuführung von Nahrung, z.B. weder durch Magensonde (über Mund/Nase) noch durch Bauchdecke oder venöse Zugänge.

▶ künstliche Flüssigkeitszufuhr

Ich wünsche in Situation A/B/C und/oder D nur dann eine künstliche Flüssigkeitszufuhr, wenn damit ein Austrocknen des Körpers vermieden wird.

▶ Wiederbelebung

Ich wünsche in Situation A/B/C und/oder D die Unterlassung von Wiederbelebungsversuchen.

▶ künstliche Beatmung

Ich wünsche in Situation A/B/C und/oder D, dass keine künstliche Beatmung durchgeführt wird, unter der Bedingung, 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.

▶ Dialyse

Ich wünsche in Situation A/B/C und/oder D, dass keine Dialyse durchgeführt wird.

▶ Antibiotika

Ich wünsche in Situation A/B/C und/oder D, dass Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden gegeben werden.

▶ Blut/Blutbestandteile

Ich wünsche in Situation A/B/C und/oder D, dass Blut oder Blutbestandteile nur zur Linderung meiner Beschwerden gegeben werden.

Ausdrücklich möchte ich darauf hinweisen, dass ich auch in oben beschriebenen Lebensphasen dafür bin, mittels Akupunktur oder naturheilkundlichen Verfahren Linderung meiner Beschwerden zu erhalten (z. B. Schmerzlinderung oder Beruhigung durch Akupunktur /Homöopathie/Naturheilverfahren)

Teil II:

▶ Ort der Behandlung

Ich möchte, wenn möglich, entweder zu Hause in vertrauter Umgebung oder, wenn sinnvoller, in einem Hospiz sterben.

Es soll der Ort gewählt werden, der am ehesten ein würdiges, möglichst schmerzfreies Sterben und ein Sterben in liebevoller Betreuung ermöglicht.

Der Ort soll auch meiner Frau /meinem Mannmöglichst wenig Belastung und gute Unterstützung bringen.

Die Entscheidung über den richtigen Ort soll in Einvernehmen mit meiner Frau (sollte sie nicht mehr dazu in der Lage sein, mit ihrem Vertreter) gefällt werden. Wenn dieses Einvernehmen nicht herzustellen ist, entscheidet meine Frau/Mann.

▶ Beistand/Gesetzliche Vertreter/Vertrauensperson

Ich wünsche Beistand durch meine Vertrauensperson:

....., geb., wohnhaft wie ich,

und eventuell hospizlichen Beistand, wenn oben angegebene Vertrauensperson dies für richtig hält.

Sollte meine angegebene Vertrauensperson hierzu nicht mehr in der Lage sein (z.B. dement, schwach, tot), so wird sie vertreten durch

.....
gegenüber oben angegebene Personen entbinde ich meine behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht. Sie gelten als meine von mir bevollmächtigten gesetzlichen Vertreter, wenn ich selber meinen Willen nicht mehr äußern kann und Geschäfts- und/oder Einwilligungsunfähig bin.

Teil III:

Verbindlichkeit, Auslegung, Durchsetzung, Widerruf

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärzten und von dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein bevollmächtigter Vertreter (s.o.) oder - wenn diese Person nicht mehr in der Lage ist - deren Ersatz (s.o.) soll über meinen Zustand und über die geplanten ärztlichen/pflegerischen Maßnahmen genau informiert werden und dafür Sorge tragen, dass meinem Patientenwillen entsprochen wird (also Betreuer und Bevollmächtigter in meinen Krankheits-Gesundheitsangelegenheiten).

Ist eine Lebenssituation durch diese Patientenverfügung nicht konkret geregelt, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur dienen. Die letzte Entscheidung trifft meine oben angegebene Vertrauensperson.

Wenn aber die behandelnden Ärzte und meine Vertrauensperson(s.o.) oder - wenn diese nicht mehr in der Lage ist - deren Ersatz (s.o.) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen (hier muss aber vorher der Versuch unternommen worden sein, mit mir über das Thema zu kommunizieren) die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung anders behandelt werden möchte, dann ist

möglichst im Konsens aller Beteiligten (insbesondere meiner Vertrauensperson, meiner Hausärztin und der behandelnden Ärzte) zu ermitteln, welche medizinischen Maßnahmen durchgeführt

oder

nicht durchgeführt werden sollen. Auch hier entscheidet letztlich meine oben angegebene Vertrauensperson.

Die in dieser Patientenverfügung festgelegten Inhalte habe ich mit meiner angegebenen Vertrauensperson/ meinem gesetzlichen Vertreter ausführlich besprochen. Auch mit meiner Hausärztin habe ich mich besprochen. Sie hat mich über die Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt, worauf ich die Möglichkeit hatte, ihre Ergänzungsvorschläge einzuarbeiten.

Teil IV:

weitere Vorsorgeverfügungen

Zusätzlich zu dieser Patientenverfügung stelle ich klar, dass meine Vertrauensperson eine **uneingeschränkte Vorsorgevollmacht** in allen meinen Gesundheitsangelegenheiten erhält. Beide zusammen bilden eine Einheit, wobei die uneingeschränkte Vollmacht Vorrang vor u.U. entgegenstehenden oder einschränkenden Erklärungen meiner Patientenverfügung hat.

Zudem erhält sie Vollmacht, über all meine Konten und meinen gesamten Besitz, auch über meinen Tod hinaus, zu verfügen und mein Testament zu vollstrecken.

Bei folgendem Notar sind Testament und Vollmacht

hinterlegt.....

Teil V:

Schlussbemerkung

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung/der Vorsorgevollmacht bekannt. Ich bin mir der Konsequenzen meiner getroffenen Entscheidungen bewusst. Ich habe die Patientenverfügung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte in

eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

Diese Patientenverfügung gilt so lange, bis ich sie widerrufe. Sind einzelne Verfügungen unwirksam, gelten die anderen dennoch. Die unwirksamen Erklärungen sind durch solche zu ersetzen, die meinem hier geäußerten Willen am ehesten entsprechen.

Eine Ausfertigung dieser Patientenverfügung und der Vorsorgevollmacht ist hinterlegt:

- a) zu Hause
- b) bei meinen Hausärzten Gabriela Huemer, Braun Michael, Brannenburger Str. 3 a,
83 131 Nußdorf, ☎ 08034-4086

Mein Testament ist hinterlegt:

- a) zu Haus
- b) Notar.....
- c).....

Um meinen in der Patientenverfügung/der Vorsorgevollmacht niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend in vollem Umfang. Bei Unklarheiten ist meine Vertrauensperson oder der von mir bestimmte Vertreter zu befragen.

Datum:

Unterschrift:

**ggf Arztstempel/Beratungsdatum/Arztunterschrift
falls Beratung zur Patientenverfügung erfolgt ist**