**Patientenverfügung[[1]](#footnote-1)**

Ich wohnhaft *(Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum)*

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, dass ich nach folgenden Vorgaben behandelt werden soll. Dies gilt insbesondere, wenn ich mich in einer der folgenden Situationen befinden sollte oder ein dazu vergleichbarer Fall eingetreten ist :

1. Ich mich auf Grund ärztlicher Diagnose aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
2. Ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht bestimmbar ist.
3. 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. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündungsprozesse ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach viralen Erkrankungen, einer Wiederbelebung, Schock, Lungenversagen oder dem Versagen meines Immunsystems. 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 sehr unwahrscheinlich ist.
4. Ich infolge eines weit 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.

Auf Grund meiner Lebenssituation und meines aktuellen Gesundheitszustands gelten nachfolgende Verfügungen in folgenden Fällen :

(Beschreibung einer besonderen Anwendungssituation – Beispiel: Sonderregelung für Epileptiker ?!)

1. ***Festlegungen zur Einleitung und Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen***

***Lebenserhaltende Maßnahmen***

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.

**oder**

dass lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden, soweit ich Sie nachfolgend nicht zugelassen bzw. beschrieben habe. 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 von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

**Schmerz- und Symptombehandlung**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung.

Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

**Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

* dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann. *(Hinweis: Wäre ein Widerspruch, wenn lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen werden sollen !)*

**oder**

* dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgen.

**oder**

* 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.

**Wiederbelebung**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

* alle möglichen Versuche der Wiederbelebung.

**oder**

* die Unterlassung aller Versuche der Wiederbelebung.

**oder**

Versuche der Wiederbelebung nur, wenn diese gesichert innerhalb von 5 Minuten nach einem Herz- bzw. Atemstillstand erfolgen. Der Versuch einer Reanimation soll nicht länger als 15 Minuten erfolgen bzw. abgebrochen werden, wenn unumkehrbare schwere neuronale Schädigungen zu erwarten sind.
Wiederbelebungsmaßnahmen sind immer zulässig, sofern diese Situation im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) bzw. im Krankenhaus unerwartet eintritt. Auch hier gilt, dass der Versuch einer Reanimation nicht länger als 15 Minuten erfolgen soll bzw. abgebrochen wird, wenn unumkehrbare schwere neuronale Schädigungen zu erwarten sind.

**Künstliche Beatmung**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

* eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

**oder**

* 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 ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

**„Coronaklausel“** *(ggf. löschen/streichen)*

Im Falle noch unerforschter Krankheiten (z.B. wie bei Beginn der Corona Pandemie), bin ich mit einer künstlichen Beatmung einverstanden, solange dies wegen dieser Krankheit akut erforderlich ist und mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Genesung von dieser Erkrankung dadurch ermöglicht wird.

*Ergänzend (ggf. löschen/streichen)*
Im Falle einer sog. Triage bin ich mit einer Priorisierung nach der klinischen Erfolgsaussicht auch zu meinen Lasten einverstanden. Dies bedeutet den Abbruch der intensivmedizinischen Behandlung, wenn gegenüber anderen Patienten eine geringere Überlebensaussicht oder Aussicht auf vollständige Genesung besteht. Grundlage soll die geltende Leitlinie der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) sein.

**Dialyse**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

• eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

**oder**

dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird. Ausnahme ist, dass nur durch die Dialyse selbst Atemnot oder Schmerzen gelindert werden können.

**Antibiotika**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

* Gabe von Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

**oder**

* keine Gabe von Antibiotika

**oder**

* Gabe von Antibiotika bei palliativmedizinischer Indikation allein zur Beschwerdelinderung.

**Blut/Blutbestandteile**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

* die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

**oder**

* die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation6 zur Beschwerdelinderung.

**oder**

* keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.
1. **Sonstige Bestimmungen**

**Ort der Behandlung**

Ich möchte

* zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

**oder**

* wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

**oder**

* wenn möglich in einem Hospiz sterben.

**Ich möchte Beistand durch folgende Personen:**

*(Namen, Vornamen, Adressen, Geburtsdaten)*

**Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber Personen die mit meiner Vertretung und Umsetzung dieser Patientenverfügung beauftragt sind.

Folgenden Personen sind immer Auskünfte zu erteilen:

*(Namen, Vornamen, Adressen, Geburtsdaten)*

Diese Personen können auch bei Auslegungsproblemen zu dieser Verfügung befragt werden.

**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 ist diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

*(Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum)*

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 und 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.

**Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen** *(streichen wenn nicht vorliegend)*

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

**Organspende**

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt).

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.

- gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

**oder**

Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

**Schlussbemerkungen**

* 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.
* Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.
* Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung bei dem Betreuungsverein Delegado e.V. Sachsen informiert und durch Herrn Rechtsanwalt Rutsatz beraten lassen. Dieser kann auch zur Frage meiner Geschäfts- und Einwilligungsfähigkeit befragt werden.

**Aktualisierung**

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

**Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

O Änderungen dazu habe ich auf einem Beiblatt verfasst.[[2]](#footnote-2)

**Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Wichtig: Unzutreffendes Löschen. Ergänzungen ggf. auf gesondertem Beiblatt beifügen, unterschreiben und der Verfügung beiheften. Jede Seite als Nachweis der Dokumenteigenschaft unterschreiben. [↑](#footnote-ref-1)
2. Wichtig: unzutreffendes Durchstreichen. Änderungen auf gesondertem Beiblatt beifügen, unterschreiben und der Verfügung beiheften. [↑](#footnote-ref-2)