

PATIENTENVERFÜGUNG

Hinweis: Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten, alle Geschäfte vorzunehmen, die mit der Konto- und/oder Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie zum Beispiel der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie grundsätzlich in ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

Für Immobiliengeschäfte, Aufnahme von Darlehen sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich beziehungsweise sinnvoll!

Insbesondere in der letzten Lebensphase kann jeder in eine Situation kommen, die anderen schwierige Entscheidungen abverlangt. Sollen auch im Fall einer unheilbaren Erkrankung bei weitgehendem Verlust jeglicher körperlicher Selbstständigkeit lebenserhaltende Maßnahmen wie intensivmedizinische Behandlung,

künstliche Ernährung oder Ähnliches begonnen beziehungsweise fortgesetzt werden? Oder soll auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet werden, wenn keine Hoffnung auf Heilung oder wenigstens nur Besserung besteht? Dies sind schwierige Fragen, über die sich jeder vorausschauend und abwägend eine Meinung bilden sollte. Wer sich dem nicht stellt, muss wissen, dass im Ernstfall andere für ihn entscheiden und hierbei mühsam versuchen werden, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln. Um sicher zu sein, dass diese Wünsche im Ernstfall beachtet werden, empfiehlt sich die Erstellung einer Patientenverfügung. Darin wird individuell festgelegt, in welchen konkreten Krankheits-situationen keine Maßnahmen zur Lebensverlängerung gewünscht werden. Vorteilhaft ist es, die Patientenverfügung vorab mit einem Arzt zu besprechen. Da jeder Mensch verschieden ist und jeder eine andere Krankengeschichte hat, kann es keine Patientenverfügung geben, die pauschal für alle gilt. Nachfolgend finden Sie tabellarisch typische Angaben von Patientenverfügungen zur Information.

Wir empfehlen beispielsweise Angebote wie die von www.dipat.de. Dort können individuelle Vereinbarungen getroffen werden, die im Falle eines Falles bindend sind. Es gibt aber auch verschiedene andere Möglichkeiten. Ihr Arzt informiert Sie sicher gerne.

FÜR MICH BESTEHT BEREITS EINE PATIENTENVERFÜGUNG

Die Patientenverfügung befindet sich bei

DR. SCHULZ, SCHRIEVER & VAGT

- **Dr. jur. Rüdiger Schulz**
Rechtsanwalt und Notar, Fachanwalt für Erbrecht
- **Matthias Schriever**
Rechtsanwalt
- **Heike Vagt**
Rechtsanwältin

Kanzlei:
Hindenburgstraße 41
27442 GNARRENBURG
Telefon 0 47 63/94 97-0
Telefax 0 47 63/94 97-99
info@schulz-schriever.de

Sie finden uns im Internet unter www.schulz-schriever.de

PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich
Name, Vorname, Geburtsdatum
Adresse, Telefon

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:
(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt, beziehungsweise beigefügt)

.....
.....

1.0 Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

Wenn ich mich im Endstadium 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. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung zum Beispiel durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung zum Beispiel 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.

Wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (zum Beispiel bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

.....
.....

2.0 Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

2.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den unter 1.0 beschriebenen Situationen wünsche ich, dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten



oder 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 von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

2.2 Schmerz- und Symptombehandlung

In den unter 1.0 beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.

Oder wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.

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

2.3 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

In den unter 1.0 beschriebenen Situationen wünsche ich, dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann

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

dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (zum Beispiel Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

2.4 Wiederbelebung

In den unter 1.0 beschriebenen Situationen wünsche ich Versuche der Wiederbelebung.

die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.

dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird beziehungsweise im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebensmaßnahmen informiert wird.

Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens lehne ich Wiederbelebensmaßnahmen ab.

lehne ich Wiederbelebensmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (zum Beispiel Operationen) unerwartet eintreten.



2.5 Künstliche Beatmung

In den unter 1.0 beschriebenen Situationen wünsche ich eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

dass keine künstliche Beatmung durchgeführt beziehungsweise 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.

2.6 Blut/Blutbestandteile

In den unter 1.0 beschriebenen Situationen wünsche ich die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

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

keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

2.7 Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

wenn möglich zu Hause beziehungsweise in vertrauter Umgebung sterben.

wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte Beistand durch folgende Personen:

.....
.....

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

.....

hospizlichen Beistand.

2.8 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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

.....



2.9 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) – zum Beispiel 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 (zum Beispiel 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. 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)

Meiner/meinem Bevollmächtigten.

.....

Meiner Betreuerin/meinem Betreuer.

.....

Der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

.....

Anderer Person:

.....



3.0 Schlussformel

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich
auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

3.1 Schlussbemerkungen

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung be-
kannt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entschei-
dungen bewusst. Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne
äußeren Druck erstellt. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

4.0 Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau
wurde von mir am bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenver-
fügung aufgeklärt. Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum, Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes

(Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden.)

5.0 Aktualisierung

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von (Zeitangabe) ihre Gültigkeit verlieren, es
sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

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

In vollem Umfang.

Mit folgenden Änderungen:

.....
.....

Ort, Datum

Unterschrift

Quelle: Bundesministerium der Justiz · www.bmjv.de

