

Patientenverfügung

Erarbeitet vom Klinischen Ethikkomitee im Klinikum Herford. Im Komitee sind sowohl Ärzte als auch Mitarbeitende der Pflegedienste, Theologen und ein Jurist vertreten.

Patientenverfügung

Was versteht man genau unter einer Patientenverfügung?

Eine Patientenverfügung ist immer eine freiwillige Angelegenheit.

In einer Patientenverfügung können Sie schriftlich Ihren Willen über die Art und Weise einer ärztlichen Behandlung abfassen. Dies geschieht für den Fall, dass Sie einmal selbst nicht mehr darüber entscheiden können. Sollte dies eintreten, kann mit Hilfe der Patientenverfügung Ihr Wille in Bezug auf ärztliche Maßnahmen ermittelt werden.

So können Sie, obwohl Sie dann aktuell nicht fähig sind zu entscheiden, auf ärztliche Maßnahmen Einfluss nehmen und Ihr Recht auf Selbstbestimmung wahren.

Eine Patientenverfügung kann jeder verfassen, der volljährig und einwilligungsfähig ist. Einwilligungsfähig ist jeder Volljährige, der die Tragweite und Folgen einer beabsichtigten medizinischen Maßnahme versteht. Geschäftsfähigkeit ist nicht Voraussetzung; deshalb können im Einzelfall auch Personen, die unter Betreuung stehen oder Demenzkranke einwilligungsfähig sein. Im Zweifel empfiehlt sich ein fachärztliches Gutachten, das die Einwilligungsfähigkeit bescheinigt.

Patientenverfügung von:

Name _____ Vorname _____

geboren am _____ in _____

Straße _____ PLZ, Wohnort _____

Auch wenn ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, erwarte ich eine medizinische Basisversorgung, die menschliche Zuwendung und Pflege ebenso beinhaltet, wie Maßnahmen zur Linderung von Schmerzen, Atemnot, Durst, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome. Eine solche Grundversorgung ist für mich eine Selbstverständlichkeit.

(Bitte alle für Sie zutreffenden Aussagen ankreuzen, Mehrfachnennungen sind möglich!)

- 1 Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann und ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach **im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit** befinde – auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist – wünsche ich,

dass alle medizinisch sinnvollen Maßnahmen ergriffen werden, um mich am Leben zu erhalten.
 dass dabei alle medizinisch sinnvollen Maßnahmen ergriffen werden, um mir das Leben zu erleichtern (z. B. Frakturschienung, auch operativ, Beseitigung eines Darmverschlusses, Drainage einer Vereiterung).

 dass die medizinischen Maßnahmen zur Lebenserhaltung nur für eine begrenzte Zeit, unter regelmäßig neuer Beurteilung ihrer Sinnhaftigkeit unter Berücksichtigung meines mutmaßlichen Willens, durch das Behandlungsteam und die Betreuungsperson durchgeführt werden.
 dass lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen oder eingestellt werden.

Insbesondere soll dabei unterbleiben:

- Kardiopulmonale Reanimation („Wiederbelebung“)
 Künstliche Beatmung durch Beatmungstubus oder Trachealkanüle („invasive Beatmung“)
 Künstliche Beatmung mit Hilfe einer Beatmungsmaske („nicht-invasive Beatmung“)
Bei meinem Verzicht auf künstliche Beatmung erwarte ich, dass ich Medikamente zur Linderung einer ggf. auftretenden Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer hierdurch ausgelösten Bewusstseinsdämpfung oder ungewollten Lebensverkürzung nehme ich in Kauf.
 Jegliche intensivmedizinische Behandlung, z. B. technisches intensivmedizinisches Monitoring sowie andere Verfahren, die in dieser Rubrik ausgeschlossen wurden
 Nierenersatzverfahren
 Künstliche Ernährung über Magensonde oder über eine Vene
 Therapie mit Blutprodukten
 Antibiotikatherapie
 Operative invasive Maßnahme

- 2 Wenn **infolge einer Gehirnschädigung** entweder durch direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, einen Hirnabbauprozess oder durch indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen, meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist und ich auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen – auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist – wünsche ich,

dass alle medizinisch sinnvollen Maßnahmen ergriffen werden, um mich am Leben zu erhalten.
 dass dabei alle medizinisch sinnvollen Maßnahmen ergriffen werden, um mir das Leben zu erleichtern (z. B. Frakturschienung, auch operativ, Beseitigung eines Darmverschlusses, Drainage einer Vereiterung).

 dass die medizinischen Maßnahmen zur Lebenserhaltung nur für eine begrenzte Zeit, unter regelmäßig neuer Beurteilung ihrer Sinnhaftigkeit unter Berücksichtigung meines mutmaßlichen Willens, durch das Behandlungsteam und die Betreuungsperson durchgeführt werden.
 dass lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen oder eingestellt werden.

Insbesondere soll dabei unterbleiben:

- Kardiopulmonale Reanimation („Wiederbelebung“)
 Künstliche Beatmung durch Beatmungstubus oder Trachealkanüle („invasive Beatmung“)
 Künstliche Beatmung mit Hilfe einer Beatmungsmaske („nicht-invasive Beatmung“)
Bei meinem Verzicht auf künstliche Beatmung erwarte ich, dass ich Medikamente zur Linderung einer ggf. auftretenden Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer hierdurch ausgelösten Bewusstseinsdämpfung oder ungewollten Lebensverkürzung nehme ich in Kauf.
 Jegliche intensivmedizinische Behandlung, z. B. technisches intensivmedizinisches Monitoring sowie andere Verfahren, die in dieser Rubrik ausgeschlossen wurden
 Nierenersatzverfahren
 Künstliche Ernährung über Magensonde oder über eine Vene
 Therapie mit Blutprodukten
 Antibiotikatherapie
 Operative invasive Maßnahme

(Bitte alle für Sie zutreffenden Aussagen ankreuzen, Mehrfachnennungen sind möglich!)

- 3 Eigene Beschreibung von Situationen, in denen ich über die Durchführung oder Unterlassung oder Beendigung von Maßnahmen verfüge, evtl. mit Berücksichtigung einer schon vorliegenden Erkrankung. (Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können!)

dann wünsche ich,

- dass alle medizinisch sinnvollen Maßnahmen ergriffen werden, um mich am Leben zu erhalten.
 dass dabei alle medizinisch sinnvollen Maßnahmen ergriffen werden, um mir das Leben zu erleichtern (z. B. Frakturschienung, auch operativ, Beseitigung eines Darmverschlusses, Drainage einer Vereiterung).

 dass die medizinischen Maßnahmen zur Lebenserhaltung nur für eine begrenzte Zeit, unter regelmäßig neuer Beurteilung ihrer Sinnhaftigkeit unter Berücksichtigung meines mutmaßlichen Willens, durch das Behandlungsteam und die Betreuungsperson durchgeführt werden.
 dass lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen oder eingestellt werden.

Insbesondere soll dabei unterbleiben:

- Kardiopulmonale Reanimation („Wiederbelebung“)
 Künstliche Beatmung durch Beatmungstubus oder Trachealkanüle („invasive Beatmung“)
 Künstliche Beatmung mit Hilfe einer Beatmungsmaske („nicht-invasive Beatmung“)
Bei meinem Verzicht auf künstliche Beatmung erwarte ich, dass ich Medikamente zur Linderung einer ggf. auftretenden Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer hierdurch ausgelösten Bewusstseinsdämpfung oder ungewollten Lebensverkürzung nehme ich in Kauf.
 Jegliche intensivmedizinische Behandlung, z. B. technisches intensivmedizinisches Monitoring sowie andere Verfahren, die in dieser Rubrik ausgeschlossen wurden
 Nierenersatzverfahren
 Künstliche Ernährung über Magensonde oder über eine Vene
 Therapie mit Blutprodukten
 Antibiotikatherapie
 Operative invasive Maßnahme

Bezüglich einer **Organspende** nach meinem Tod äußere ich mich wie folgt:

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe zu Transplantationszwecken zu, jedoch mit Ausnahme folgender Organe / Gewebe: _____
 Ich lehne eine Entnahme meiner Organe zu Transplantationszwecken ab.
 Ich habe einen Organspendeausweis.

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich die Begleitung von folgenden Personen

(Bitte alle für Sie zutreffenden Aussagen ankreuzen, Mehrfachnennungen sind möglich!)

Ich wünsche seelsorgliche Begleitung durch

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.
Die Vorsorgevollmacht beinhaltet auch das Recht, über Therapiebeschränkungen zu entscheiden.

Bevollmächtigte Person:

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ, Wohnort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt.

Als Betreuer/in gewünschte Person:

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ, Wohnort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich widerrufen habe. Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann. Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

Sollte aber eine/einer der behandelnden Ärztinnen/Ärzte oder ein anderes Mitglied des Behandlungsteams oder mein/e Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer 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.

Ort, Datum

Unterschrift

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von:

Ort, Datum

Unterschrift

(Eine Beratung vor der Abfassung einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.)

(Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig, z. B. alle zwei Jahre, durch Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Unterschrift, bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.)

1. Bestätigung: _____
Ort, Datum

Unterschrift

2. Bestätigung: _____
Ort, Datum

Unterschrift

3. Bestätigung: _____
Ort, Datum

Unterschrift



MEDIZIN CAMPUS OWL

RUHR
UNIVERSITÄT
BOCHUM

RUB