Vertreter - Entscheidung für eine Notfallsituation
Meine Patientenverfügung auf einen Blick

Herr Vorname Name
geboren am 01.12.1950
Musterstr. 12
wohnhaft in 99999 Musterstadt

Ich habe nachfolgend eine Patientenverfügung für folgende Krankheitssituationen getroffen (Details sind ab Seite 2 näher dargelegt)

Sterbeprozess

a) im fortgeschrittenen Stadium einer, tödlich verlaufenden Krankheit oder im Sterbeprozess befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist und/oder

Demenz/neurologische Abbauerkrankung

b) wenn ich infolge einer neurologischen Abbauerkrankung, z.B. Demenz, geistig verwirrt bin, beispielsweise Familie und Freunde nicht mehr erkenne, und/oder ich auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, ausreichend Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen und/oder

Wachkoma

c) wenn eine schwere, nicht umkehrbare Schädigung lebenswichtiger Organe, insbesondere des Gehirns (bspw. Wachkoma, andauernde Bewusstlosigkeit, Schädelhirntrauma) eintritt, so dass meine Fähigkeit, Einsicht zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist. Ich bin mir darüber bewusst, dass die Möglichkeit, dass ich aus diesem Zustand erwachen werde, nie gänzlich auszuschließen ist

Ich habe in diesen Krankheitssituationen folgende Behandlungswünsche/-anweisungen

- (X) palliative Versorgung und konsequente Linderung meiner Beschwerden
- (X) keine künstliche Beatmung, keine Wiederbelebung
- (X) keine künstliche Ernährung
- ( ) keine künstliche Beatmung im Falle einer COVID-Erkrankung
- ( ) Organspende
- ( ) Obduktion

PATIENTENVERFÜGUNG

Wünsche und Verfügungen an Bevollmächtigte und Ärztinnen und Ärzte, an Familie und Freunde für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit von

Herr Vorname Name
geboren am 01.12.1950
Musterstr. 12
wohnhaft in 00000 Musterstadt

I. MEINE WERTE, WÜNSCHE UND HOFFNUNGEN

Wenn mein Leben sich dem Ende nähert und wenn ich nicht in der Lage sein sollte, medizinischen Maßnahmen zuzustimmen oder solche abzulehnen, so sollen meine Wünsche, Werte, Hoffnungen und Verfügungen Grundlage der zu treffenden Entscheidungen sein und nicht das, was medizinisch und technisch machbar ist. Der ggf. von mir in meiner Vorsorgevollmacht benannte Bevollmächtigte, die mich betreuenden Ärztinnen und Ärzte, Pflegenden und nächsten Angehörige sollen sich auch nicht daran orientieren, was andere Menschen oder was sie selbst für sich in vergleichbaren Situationen wünschen. Vor allem wünsche ich, dass der natürliche Sterbeprozess und zum Tode führende Krankheiten im Endstadium akzeptiert werden.

II. VERFÜGUNGEN FÜR MEDIZINISCHE VERSORGUNG UND BEISTAND

Sollte ich mich

a) im fortgeschrittenen Stadium einer, tödlich verlaufenden Krankheit oder im Sterbeprozess befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist und/oder

b) wenn ich infolge einer neurologischen Abbauerkrankung, z.B. Demenz, geistig verwirrt bin, beispielsweise Familie und Freunde nicht mehr erkenne, und/oder ich auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, ausreichend Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen und/oder

c) wenn eine schwere, nicht umkehrbare Schädigung lebenswichtiger Organe, insbesondere des Gehirns (bspw. Wachkoma, andauernde Bewusstlosigkeit, Schädelhirntraume) eintritt, so dass meine Fähigkeit, Einsicht zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist. Ich bin mir darüber bewusst, dass die Möglichkeit, dass ich aus diesem Zustand erwachen werde, nie gänzlich ausgeschlossen ist

dann verlange ich, dass alle medizinischen Maßnahmen unterbleiben, die mich am Sterben hindern.

In allen anderen Fällen bitte ich, solange eine Aussicht auf Heilung besteht oder eine Behandlung chronischer oder schwerer Krankheiten möglich ist, die mir Lebensfreude und Lebensqualität ermöglichen, um ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller aus ärztlicher Sicht angemessenen medizinischen Möglichkeiten.

Vor diesem Hintergrund treffe ich für die hier genannten Anwendungsfälle folgende

VERFÜGUNGEN

Sollte eine dieser Situationen eintreten, so bitte ich um menschlichen und pflegerischen Beistand und darum, dass nichts gegen den natürlichen Verlauf des Sterbeprozesses unternommen wird. Ich wünsche menschliche und medizinische Begleitung, insbesondere menschenwürdige Unterbringung und Zuwendung, Stillen von Hunger und Durst, Mund- und Körperpflege. Ich verlange jedoch ausdrücklich, dass in diesen Situationen alle Möglichkeiten der modernen Schmerztherapie ausgeschöpft werden, so dass ich ohne körperliche Schmerzen und seelische Leiden sein kann. Ich wünsche meine letzten Tage und Stunden in einer mir vertrauten Umgebung zu verbringen, sofern dies mit guter pflegerischer und medizinischer Versorgung vereinbar ist.

1. Palliative Versorgung und konsequente Linderung meiner Beschwerden

Ich fordere eine wirksame Behandlung belastender Zustände wie z.B. Atemnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Übelkeit, Erbrechen, Depression und Schlaflosigkeit. Mir ist bewusst, dass diese Behandlung Nebenwirkungen haben kann, z.B. dass ich müde und schläfrig werde, und/oder dass ich das Bewusstsein verliere, wenn starke Betäubungsmittel (vergleichbar einer Narkose) erforderlich sind, und/oder wenn durch die Behandlung unbeabsichtigt die mir noch verbleibende Lebenserwartung verkürzt wird.

2. WIEDERBELEBUNG, SPEZIFISCHE MEDIZINISCHE MASSNAHMEN

Ich wünsche die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung, auch künstliche Beatmung, Organersatzverfahren, wie z.B. Nierenersatzverfahren (Dialyse), die Gabe von kreislaufunterstützenden Medikamenten, den Einsatz von Herz-Lungen-Maschinen, Operationen und Bluttransfusionen.

3. KÜNSTLICHE ERNÄHRUNG UND FLÜSSIGKEITSZUFUHR

Ich wünsche die Unterlassung künstlicher Ernährung, auch die Unterlassung künstlicher Flüssigkeitszufuhr - außer, wenn diese bei der medizinischen Behandlung notwendig ist.

4. SONDERFALL: COVID-ERKRANKUNG („CORONA")

Ich wünsche im Falle einer COVID-19-Diagnose intensivmedizinischen Beistand mit allen in Betracht kommenden medizinischen Möglichkeiten, einschließlich eines – gegebenenfalls auch längerfristigen – Anschlusses an Beatmungsgeräte, jedoch ausdrücklich nur dann, wenn nach dem Urteil zweier Ärztinnen/Ärzte eine realistische Chance auf Heilung besteht; andernfalls bitte ich lediglich um Mittel zur Linderung von Schmerzen und Atemnot.

5. WIDERRUF BEREITS EINGELEITETER MASSNAHMEN

Sollten in Unkenntnis der Patientenverfügung im Falle der von mir beschriebenen Lebens- und Behandlungssituationen eine der vorgenannten Maßnahmen bereits eingeleitet worden sein, wünsche ich die Einstellung dieser Maßnahmen.

6. ANWENDUNG IN VERGLEICHBAREN SITUATIONEN

Die in dieser Verfügung festgelegten Erwartungen und Wünsche sollen entsprechend in Situationen übertragen werden, die hier nicht ausdrücklich angesprochen sind.

III. Organspende

Nein, Organspende ist für mich kein Thema.

IV. OBDUKTION

Ich möchte nach meinem Tod nicht obduziert werden.

V. BESTÄTIGUNG

Ich bin im Rahmen der Erstellung dieser Patientenverfügung auf die rechtlichen Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, insbesondere auf die rechtlichen Anforderungen an eine wirksame Patientenverfügung im Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 8. Februar 2017 (XII ZB 604/15) und im Beschluss v. 14.11.2018 (XII ZB 107/18) hingewiesen worden. Ich gehe davon aus, dass im Sinne dieser Rechtsprechung sämtliche hier von mir aufgeführten Verfügungen auch im Einzelfall auch bei nicht hinreichend konkret benannten ärztlichen Maßnahmen durch die hier spezifizierten Krankheiten oder Behandlungssituationen konkretisieren lassen. Demnach gehe ich davon aus, dass ich umfassend festgelegt habe, was ich in bestimmten Lebens- und Behandlungssituationen will und was nicht.

Die in dieser Verfügung getroffenen Entscheidungen erfolgten nach eingehender und reiflicher Überlegung und stellen meine generelle ethische Grundeinstellung zu der Frage dar, unter welchen Umständen ich wie behandelt werden will. In einer konkreten Situation, in der über einen Behandlungsabbruch der an mir vorgenommenen Heilmaßnahmen zu entscheiden ist, bitte ich meine behandelnden Ärztinnen und Ärzte, diese Patientenverfügung als verbindlich anzunehmen und entsprechend meinem Willen zu verfahren. Eine andere Entscheidung als die hier zum Ausdruck gebrachte kommt entgegen nicht meinem Willen. Für den Fall, dass für mich trotz einer von mir eventuell erstellten Vorsorgevollmacht ein Betreuer bestellt wird, ist dieser an diese Erklärung ebenso gebunden wie an die in meiner Generalvollmacht getroffenen Verfügungen. Meine in dieser Patientenverfügung abgegebenen Erklärungen gelten dann als Betreuungsverfügung.

Ich bestätige die hier geäußerten Wünsche, Werte und Verfügungen. Ich habe die Absicht, diese Festlegungen von Zeit zu Zeit zu überprüfen und, falls sie nicht mehr meinen Wünschen und Werten entsprechen, auch zu ändern. Solange ich jedoch keine Änderungen vorgenommen habe, ist dies der letzte und endgültige Ausdruck meines Willens.

06.07.2021, Vorname Name

VI. BEGLAUBIGUNG

Ich beglaubige urkundlich, dass Herr Vorname Name/Verfasser dieser Patientenverfügung ist, sie heute in meiner Gegenwart eigenhändig unterschrieben hat und dass ich an seiner freien und selbstbestimmten Entscheidung keinen Zweifel habe.

Dr. Ingbert, Datum, Rechtsanwalt Andreas Abel

Die Patientenverfügung wurde am 06.07.2021 erstellt.