

An
Kanzlei Schäfer & Kollegen
Rechtsanwälte PartmbB
– Notariat –
Parkstraße 10
65549 Limburg

Auftrag zur Erstellung einer Patientenverfügung

Vorbemerkung: Ergänzen, ändern oder streichen Sie nach Ihren persönlichen Wünschen. Wir besprechen den kompletten Inhalt mit Ihnen ausführlich.

Ihre Daten:

Vorname _____
Name _____
Geburtsname _____ geb. am _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
Tel. _____
e-mail _____

§ 1 Anwendungsbereich, Vollmacht, Schweigepflicht

- 1 Rein vorsorglich widerrufe ich alle von mir stammenden früheren Patientenverfügungen.
- 2 Die heute beurkundete Patientenverfügung soll gelten, wenn ich behandlungsbedürftig bin, mich aber nicht selbst äußern oder entscheiden kann.
- 3 Folgende Personen bevollmächtige ich, für mich die Einwilligung zu medizinischen Eingriffen zu geben, falls ich selbst dazu nicht in der Lage bin:

Bitte hier die Person ihres Vertrauens einsetzen:

Vorname: _____
Name: _____ geboren am: _____
Adresse: _____
_____ Tel.: _____

Bitte hier eine Ersatz- Person ihres Vertrauens einsetzen:

Vorname: _____
Name: _____ geboren am: _____
Adresse: _____
_____ Tel.: _____

Jeder Bevollmächtigte ist auch alleine entscheidungsbefugt.

Wie soll bei unterschiedlichen Auffassungen der Bevollmächtigten vorgegangen werden?

Hier einige Formulierungshilfen:

Bei Streitfragen entscheidet die jeweils vorrangig benannte Person.

ODER Bei Streitfragen der Kinder entscheidet die Mehrheit.

Ihr Name:

ODER Streitfragen der Kinder sollen - auch wenn es schwierig ist - einverständlich entschieden werden. Der Notar wies darauf hin, dass diese Regelung im Konfliktfall keine klare Lösung bietet.

ODER Bei Streitfragen entscheidet der behandelnde Arzt.

- 4 Meine Bevollmächtigten sind bei Lebensgefahr zu benachrichtigen. Die behandelnden Ärzte dürfen an sie Auskunft geben und werden von ihrer ärztlichen Schweigepflicht diesen Personen gegenüber entbunden. Meine Bevollmächtigten dürfen auch in die Krankenakten Einsicht nehmen.

§ 2 Handlungsanweisung im Krankheitsfall

Grundsätzlich möchte ich immer so behandelt werden, dass ich möglichst schnell wieder gesund werde und Medikamente möglichst wenig Nebenwirkungen haben. Außerdem möchte ich möglichst lange ambulant zu Hause behandelt werden.

§ 3 Handlungsanweisung für Intensiv- und Schmerztherapie

- 1 Eine Intensivtherapie soll immer dann eingesetzt werden, wenn Hoffnung besteht, dass ich trotz akuter Erkrankung künftig wieder bewusst leben kann. Das ist der Regelfall.

Dies ist z. B. auch bei einer Erkrankung an Covid-19 der Fall.

ODER Falls ich an Covid-19 erkrankt bin, möchte ich jedoch auf keinen Fall künstlich beatmet werden.

- 2 Nur im Ausnahmefall, nämlich wenn es für mich keine Hoffnung mehr gibt, künftig ein bewusstes Leben zu führen, - das müssen allerdings zwei Ärzte unabhängig voneinander festgestellt haben -, wünsche ich ein menschenwürdiges Sterben. Eine solche Situation liegt insbesondere bei folgenden Konstellationen vor:

- ich befinde mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess,
- ich bin im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,
- Mein Gehirn so stark und unwiederbringlich geschädigt ist, dass ich nicht in der Lage bin, bewusst zu kommunizieren oder Entscheidungen zu treffen.
- Ich kann infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir nehmen.

Dann soll wie folgt verfahren werden:

- Ich wünsche eine menschliche Behandlung, Zuwendung und fachgerechte Pflege, insbesondere von Mund und Schleimhäuten. Meine Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und andere belastende Symptome sollen gelindert werden.
- Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden. Jede Form künstlicher Ernährung - unabhängig von ihrer Art (z.B. Magensonde, venöse Zugänge) - lehne ich ab. Eine künstliche Flüssigkeitszufuhr soll nach ärztlichem Ermessen reduziert werden.

Ihr Name:

- Ich möchte eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung und gegebenenfalls bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung. Die dadurch mögliche, unbeabsichtigte Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf.
- Ich möchte nicht wiederbelebt werden. Notärzte sollen nicht verständigt werden bzw. schon hinzugezogene Notärzte sollen unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebnungsmaßnahmen informiert werden.
- Ich lehne eine künstliche Beatmung ab. Eine schon eingeleitete Beatmung soll eingestellt werden, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Dabei nehme ich in Kauf, dass mein Bewusstsein gedämpft oder meine Lebenszeit durch diese Medikamente ungewollt verkürzt wird.
- Eine Dialyse soll nicht durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt werden.
- Antibiotika sollen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung verabreicht werden.
- Die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen soll nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung verabreicht werden.

oder eine 2. Alternative zu Absatz (2):

- 2 In Situationen, in denen es sehr kritisch um mich steht, wünsche ich,
- dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.
 - auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte.
- 3 Ich möchte in schwierigen gesundheitlichen Situationen seelsorgerischen Beistand eines katholischen Priesters/ einer evangelischen Pfarrerin bzw. Pfarrers haben.

§ 4 Organspende

- Mit einer Spende meiner eigenen Organ (betreffend alle spendbaren Organe) bin ich nicht einverstanden.

ODER Grundsätzlich bin ich zur Spende meiner Organe und Gewebe bereit.

- Mit Ausnahme folgender Organe: _____
- Aber nur für meine Angehörigen

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntodes bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

Ihr Name:

§ 5 Pflege, Bestattung

- 1 Soweit möglich würde ich gerne - auch im Pflegefall - zu Hause gepflegt werden.
Falls ich dann doch in ein Pflegeheim eingeliefert werden muss, soll man mich - soweit das geht -
in _____ unterbringen.
- 2 Ich möchte - wenn irgend möglich - zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
ODER
 Ich möchte - wenn möglich - in einem Hospiz sterben.
- 3 Ich wünsche eine Erdbestattung auf dem Friedhof von _____
 Ich wünsche eine Urnenbestattung auf dem Friedhof von _____
 Die Art und Weise der Bestattung sollen meine engsten Verwandten regeln.
 Ich wünsche eine Urnenbestattung im Friedwald/ Waldfriedhof in _____
 Ich wünsche eine Seebestattung.

§ 6 Auslegung, Durchsetzung und Widerruf der Patientenverfügung

- 1 Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille von den behandelnden Ärzten und dem Pflegepersonal befolgt wird. Falls die Behandler dies nicht akzeptieren, haben meine Bevollmächtigten dafür Sorge zu tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird, gegebenenfalls auch durch Wechsel des Arztes.
- 2 Ich kann nicht jede Situation voraussehen und kann daher heute nicht alle Konstellationen regeln. In jedem Fall hat mein Bevollmächtigter meinen heute geäußerten Willen als Richtschnur seiner Entscheidung anzuwenden.
- 3 Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, soll mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens nicht unterstellt werden.
- 4 Bevor allerdings ein schwerwiegender medizinischer Eingriff, insbesondere die Einstellung der Behandlung, vorgenommen wird, soll mein Bevollmächtigter noch einmal intensiv versuchen, mit mir Kontakt aufzunehmen. Sollte er aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen zur Auffassung kommen, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung gerade doch oder eben nicht behandelt werden möchte, soll mein Bevollmächtigter im Zusammenwirken mit den Ärzten ermitteln, was in dieser Situation mein aktueller Wille ist. Die letzte Entscheidung liegt bei meinem Bevollmächtigten.

Datum: _____

Unterschrift: _____