

VORSCHLAG FÜR VERBINDLICHE/BEACHTLICHE PATIENTENVERFÜGUNG

1. Einleitende Bemerkungen

Ich, (**Name**), errichte im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, bei klarem Bewusstsein, ohne Druck und Zwang, nach reiflicher Überlegung und in Kenntnis der rechtlichen Tragweite diese Patientenverfügung. Solange ich diese Patientenverfügung nicht widerrufe oder sonst zu erkennen gebe, dass sie nicht mehr wirksam sein soll bzw. eine von mir vorgenommene Änderung vorliegt, gilt diese Patientenverfügung als Ausdruck meines verbindlichen Willens.

Ich errichte diese Urkunde nach einem ausführlichen Gespräch mit Arzt Dr.med.univ. Johannes Prechtel, St. Georgen bei Salzburg, von welchem ich eine umfassende ärztliche Aufklärung erhalten habe, und (**Rechtsanwalt/Patientenvertretung**) von dem/der ich ebenfalls über die Folgen der Patientenverfügung und die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs ausführlich informiert und belehrt wurde.

2. Anwendungssituationen

Die Tragweite dieser Patientenverfügung ist mir vollkommen bewusst. Ich möchte, falls ich durch einen Unfall, eine Krankheit oder durch den natürlichen Alterungsprozess in einen Zustand der vermutlich dauerhaften Bewusstlosigkeit gerate oder in einen Zustand, in welchem meine geistigen Fähigkeiten soweit eingeschränkt sind, dass ich meinen Willen als Patientin nicht mehr fassen oder - in welcher Form auch immer - äußern kann, dass die in dieser Patientenverfügung angeführten Punkte in der von mir gewünschten Weise eingehalten werden.

Exemplarische (nicht abschließende) Aufzählung von Situationen, für die diese Patientenverfügung zu gelten hat:

- Ich befinde mich nach ärztlicher Einschätzung aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess.
- Ich befinde mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit. Auch wenn mein 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 ärztlicher Einschätzung 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 Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. 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.

- Ich befinde mich im Zustand eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, z. B. bei einer Demenzerkrankung und bin auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

In diesen Situationen ordne ich an, dass die folgenden Maßnahmen realisiert werden:

3. Anordnungen zur medizinischen Behandlung:

Im Falle eines Unfalles oder einer akuten Erkrankung soll mir ärztliche Hilfe und medizinische Behandlung nach dem neuesten Stand der Wissenschaft zu Teil werden, aber nur so lange nach ärztlicher Einschätzung eine berechtigte Hoffnung besteht, dass ich den Zustand klaren Bewusstseins wieder erreichen kann. Sobald sich eine oder mehrere der oben exemplarisch angeführten Situationen verwirklichen, wünsche ich ausdrücklich, dass mir nur noch pflegerische Maßnahmen und Therapien zur Schmerz- und Angstbekämpfung zu Teil werden.

3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

Ich möchte, 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.

3.2 Schmerz- und Symptombehandlung

Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

ODER

Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung mit bewusstseinsdämpfenden Mitteln zur Beschwerdelinderung, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen. Die Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

3.3 Künstliche Ernährung

Ich wünsche, dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

ODER

Ich wünsche, dass eine künstliche Ernährung nur bei palliativmedizinischer Notwendigkeit zur Beschwerdelinderung erfolgt.

ODER

Ich wünsche, dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung erfolgt, insbesondere die Ernährung mittels einer PEG-Sonde lehne ich ab und wünsche auch die Entfernung einer bereits angelegten PEG-Sonde.

3.4 Künstliche Flüssigkeitszufuhr

Ich wünsche, dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

ODER

Ich wünsche, dass keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgt, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Flüssigkeit.

ODER

Ich wünsche, dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Flüssigkeit nur unter palliativmedizinischer Indikation zur reinen Beschwerdelinderung (z.B. Durstgefühl) erfolgt. Nach Verlust des Bewusstseins im Sinne der Punkte 2 bzw. 3 untersage ich jede Form der künstlichen Flüssigkeitszufuhr.

3.5 Künstliche Beatmung

Ich wünsche eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

ODER

Ich wünsche, - unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte - dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch Medikamente nehme ich in Kauf.

3.6 Dialyse

Ich wünsche eine künstliche Blutwäsche (Dialyse) nur wenn Aussicht auf Heilung besteht.

ODER

Ich wünsche, dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

3.7. Antibiotika

Ich wünsche, dass eine Behandlung mit Antibiotika durchgeführt wird mit dem Ziel mein Leben zu verlängern.

ODER

Ich wünsche, dass keine Behandlung mit Antibiotika durchgeführt wird wenn damit mein Leben verlängert wird.

3.8 Blut bzw. Blutbestandteile

Ich wünsche die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur wenn Aussicht auf Heilung besteht.

ODER

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

ODER

Ich wünsche die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Notwendigkeit zur Beschwerdelinderung.

ODER

Ich möchte kein Blut bzw. Blutbestandteile erhalten.

3.9 Wiederbelebung

In allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens, die unter den in Punkt 2 exemplarisch beschriebenen Situationen eintreten bzw. wenn eine Ausgangssituation ohne Aussicht auf Heilung besteht, wünsche ich keine Wiederbelebung.

Ich wünsche ausdrücklich den Abbruch begonnener Wiederbelebungsmaßnahmen, wenn nach längerem Wiederbelebungsversuch ein Überleben nach ärztlicher Einschätzung aller Wahrscheinlichkeit nach nur mit starken Hirnschäden möglich wäre. Mir ist bewusst, dass das Ausbleiben von Hirnschäden nach langer Wiederbelebung möglich, aber in aller Regel unwahrscheinlich ist.

3.10 Organspende

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe **nach meinem Tod** zu Transplantationszwecken zu. 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 gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

ODER

Ich lehne eine Entnahme meiner Organe zu Transplantationszwecken ab.

3.11 Behandlungsort und Beistand

Ich möchte zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

ODER

Ich möchte zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben, wenn dies möglich ist.

ODER

Ich möchte in einem Hospiz sterben, wenn dies möglich ist.

4. Meine Vertrauenspersonen

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

- 1
- 2

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird.

In Situationen, 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 den oben angeführten Personen besondere Bedeutung zukommen.

Ich wünsche, dass Entscheidungen und Willensäußerungen dieser Personen befolgt werden, da ich das volle Vertrauen habe, dass diese in der von mir gewünschten Weise handeln. Sie dürfen auch ärztliche Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erhalten und Auskünfte an Ärzte über mich geben.

5. Ärztliche Aufklärung

Als Arzt habe ich mit der Patientin/dem Patienten ein ausführliches Gespräch geführt. Diese(r) ist zum Zeitpunkt der Beratung in der Lage, das Besprochene zu verstehen und ja / nein Willen danach zu richten. Im Gespräch haben wir die gesundheitliche Ausgangslage und die medizinischen Folgen der im Einzelnen abgelehnten Maßnahmen umfassend besprochen. Ich habe die Patientin/den Patienten über Wesen und Folgen der Patientenverfügung und die medizinische Behandlung ausführlich informiert. Die Patientin/Der Patient schätzt die medizinischen Folgen der Patientenverfügung zutreffend ein.

Ort, Datum

Die Patientenverfügung ist nur dann verbindlich, wenn die folgenden Teile zusätzlich vollständig ausgefüllt werden:

6. Errichtung vor einem rechtskundigen Patientenvertreter oder vor einem Notar bzw. Rechtsanwalt:

Ich habe mit **(Name)**, Identität festgestellt mittels amtlichen Lichtbildausweises, den Inhalt der Patientenverfügung umfassend erklärt und konnte mich davon vergewissern, dass der Inhalt der Patientenverfügung dem freien Willen der Patientin/des Patienten entspricht. Ich habe die Patientin/den Patienten über das Wesen der verbindlichen Patientenverfügung und die rechtlichen Folgen, insbesondere die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs belehrt. Insbesondere habe ich darauf hingewiesen, dass die Verfügung von den Ärzten in aller Regel befolgt werden muss, selbst dann, wenn die unterlassene Behandlung medizinisch indiziert ist.

Ort, Datum

Name, Unterschrift und Stampiglie des rechtskundigen Patientenvertreters, Notars bzw. Rechtsanwalts

7. Eigenhändige Unterschrift

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass diese Patientenverfügung vollständig meinem Willen entspricht und ich diese selbst errichtet habe.

Ort, Datum

Patient