



Patientenverfügung

Nachdem ich,..... mich über die medizinischen und rechtlichen Konsequenzen eingehend informiert habe, bitte ich um eingeschränkte lebensverlängernde Maßnahmen, damit ich bei aussichtsloser Krankheitssituation in Würde sterben kann.

Situationen, für die diese Verfügung gilt:

Die Anwendung lebensverlängernder Maßnahmen, insbesondere Operationen, künstliche Beatmung und Ernährung über Magensonde oder parenteral sowie die medikamentöse oder technische Kreislaufunterstützung soll unterbleiben, wenn zwei Ärzte unabhängig voneinander festgestellt haben,

- dass ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, bei dem jede lebenserhaltende Therapie das Sterben oder das Leiden ohne Aussicht auf Besserung verlängern würde, oder
- dass ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, oder
- dass infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt sowohl für die direkte Gehirnschädigung (z.B. durch Unfall, Schlaganfall, SAB, Blutung, Entzündung,...) als auch für die 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 äußerst unwahrscheinlich ist. Oder
- dass ich ohne Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins im Koma liege, oder
- dass ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen, oder
- dass es zu einem nicht behandelbaren, dauernden Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt (z.B. Unfähigkeit, selbst zu atmen; Ausfall der Herzfunktion; Lähmung vom Hals abwärts, dauerhafte oder weit fortgeschrittene Demenz) und somit ein menschenwürdiges Dasein nicht mehr möglich ist.

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

Behandlung und Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Schmerzen, Unruhe und Angst gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendige Behandlung eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist. Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere die Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im speziellen Medikamente zur Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen

Krankheitserscheinungen sind ausdrücklich erwünscht. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich bewusst in Kauf.

Ich wünsche mir in den oben genannten Situationen die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden. Darüber hinaus sollen Wiederbelebungsmaßnahmen unterlassen werden. Auch eine künstliche Ernährung (über eine Magensonde oder als parenterale Ernährung) möchte ich in den oben genannten Situationen nicht erhalten.

Ich möchte in Würde und Frieden sterben können, nach Möglichkeit in Nähe und Kontakt mit meinen Angehörigen und in meiner vertrauten Umgebung.

Die in dieser Verfügung getroffenen Entscheidungen erfolgten nach eingehender und reiflicher Überlegung und stellen meine generelle ethische Grundeinstellung zu Fragen eines Behandlungsabbruchs dar. In einer konkreten Situation, in der über einen Abbruch der an mir vorgenommenen Heilmaßnahmen zu entscheiden ist, bitte ich meine behandelnden Ärzte, diese Patientenverfügung als verbindlich anzunehmen und entsprechend meinem Willen zu verfahren. Eine andere Entscheidung als die hier zum Ausdruck gebrachte kommt für mich nicht in Frage.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Ich wünsche nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe. Ich weise darauf hin, dass die Befolgung dieser Verfügung nach geltendem Recht verbindlich ist und keine aktive Sterbehilfe darstellt. Diese Verfügung habe ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte unterzeichnet. Sie bleibt gültig, solange ich sie nicht ausdrücklich geändert oder widerrufen habe.

Ich habe zusätzlich zu dieser Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit den bevollmächtigten Personen (.....) besprochen.

Ergänzungen zu meiner Patientenverfügung:

Ich lehne es ab, dass meine Organe entnommen werden, außer zu einer notwendigen Obduktion.

Sterbefasten: Für den Fall, dass ich mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte befinde und mich für den Freitod entscheide, etwa durch Einstellen der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme (Sterbefasten) oder andere Maßnahmen, verfüge ich, dass niemand mich daran hindern darf, auch nicht, nachdem ich durch diese Maßnahme das Bewusstsein verloren habe (Urteil BGH vom 3.7.2019).

Ort, Datum.....

Unterschrift.....

Diese Patientenverfügung ersetzt alle früheren von mir erstellten Patientenverfügungen.