

Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht

Inhalt

Patientenverfügung	2
1. Endstadium unheilbare Krankheit	2
2. Unfall	3
3. Ort der Versorgung in der Sterbephase	4
4. Beistand	4
5. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht	5
6. Organspende	5
7. Verbindlichkeit, Auslegung und Durchsetzung	5
8. Ergänzende Gedanken und Hinweise	6
9. Schlussbemerkungen	6
Vorsorgevollmacht	7
Betreuungsverfügung	9
Unterschrift	10
Einwilligungsfähigkeit	10

Patientenverfügung

Ich, Martina Mustermann,
geboren am 03.02.1970
wohnhaft in Musterplatz 2, 12345 Musterhausen

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

Meine grundsätzliche Einstellung zu lebenserhaltenden Maßnahmen ist:

Mir ist eine Beschwerdelinderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität wichtig, auch wenn dies eine Verkürzung meines Lebens zur Folge hat (Palliativmedizinische Versorgung). Ziel ist, zu Hause, in einer gewohnten Umgebung oder auf einer Palliativstation mit möglichst aufrechterhaltener Lebensqualität zu sterben.

1. Endstadium unheilbare Krankheit

Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,

- wünsche ich eine fachgerechte **Schmerz- und Symptombehandlung**, auch mit Morphin oder ähnlichen Medikamenten. Mir ist die Schmerzfreiheit so wichtig, dass ich auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung wünsche, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle ausgeschöpft sind. Dabei nehme ich die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen in Kauf.
- wünsche ich in Bezug auf **künstliche Ernährung**, dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt.
- wünsche ich in Bezug auf **künstliche Flüssigkeitszufuhr**, dass keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgt.

- wünsche ich in Bezug auf **künstliche Beatmung**, dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.
- wünsche ich in Bezug auf **Wiederbelebung**, die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung. Eine Notärztin oder ein Notarzt soll nicht verständigt werden bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert werden.
- wünsche ich in Bezug auf **Dialyse**, dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.
- wünsche ich in Bezug auf **Antibiotika**, keine Verabreichung von Antibiotika.
- wünsche ich in Bezug auf **Blut und Blutbestandteile**, keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen (weder Fremd- noch Eigenblut).

2. Unfall

Wenn ich einen Unfall erleide, durch den ich aktuell einwilligungsunfähig bin,

- wünsche ich eine fachgerechte **Schmerz- und Symptombehandlung**, auch mit Morphin oder ähnlichen Medikamenten. Mir ist die Schmerzfreiheit so wichtig, dass ich auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung wünsche, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle ausgeschöpft sind. Dabei nehme ich die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen in Kauf.
- wünsche ich in Bezug auf **künstliche Ernährung**, dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.
- wünsche ich in Bezug auf **künstliche Flüssigkeitszufuhr**, dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

- wünsche ich in Bezug auf **künstliche Beatmung**, eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann. Der Bewußtseinsdämpfung zur künstlichen Beatmung durch einen Schlauch in die Luftröhre (Tubus) stimme ich zu.
- wünsche ich in Bezug auf **Wiederbelebung**, Versuche der Wiederbelebung. Sobald bei laufenden Wiederbelebungsmaßnahmen eine schwere neurologische Schädigung festgestellt wird, wünsche ich eine Beendigung der Reanimationsmaßnahme.
- wünsche ich in Bezug auf **Dialyse**, dass eine Dialyse durchgeführt wird, falls dies mein Leben verlängern kann.
- wünsche ich in Bezug auf **Antibiotika**, die Verabreichung von Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.
- wünsche ich in Bezug auf **Blut und Blutbestandteile**, die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen (Transfusionen), falls dies mein Leben verlängern kann.

3. Ort der Versorgung in der Sterbephase

Ich möchte, wenn möglich, in einem Hospiz sterben.

4. Beistand

Beistand von nahestehenden Personen:

Ich wünsche am Lebensende von folgenden, mir nahestehenden Personen begleitet zu werden:

Martin Mustermann
geboren am 03.04.1984
Musterplatz 1
12345 Musterstadt
DEUTSCHLAND
Tel.: +49 123456

Seelsorgerischer Beistand:

Ich wünsche seelsorgerischen Beistand der Krankenhausseelsorge oder durch Seelsorger des Hospizes.

5. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

In den verfüzten Situationen entbinde ich die mich behandelnden Ärzte gegenüber folgenden Personen von der Schweigepflicht:

Martin Mustermann
geboren am 03.04.1984
Musterplatz 1
12345 Musterstadt
DEUTSCHLAND
Tel.: +49 123456

6. Organspende

In Bezug auf Organspende verfüge ich:

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe und meines Gewebes nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Mir ist bewusst, dass Organe und Gewebe nur nach Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können.

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung als Organ- / Gewebespende in Betracht und müssen dafür lebenserhaltende Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meinen situationsbezogenen Verfügungen ausgeschlossen habe, dann geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organ- und Gewebespende vor. Für diesen Fall gestatte ich ausnahmsweise die kurzfristige Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

Meine Bereitschaft zur Organspende gilt nur für folgende Anwendungssituationen:

- Unfall

7. Verbindlichkeit, Auslegung und Durchsetzung

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) – Bevollmächtigte(r) oder Betreuer(in) – soll(en) dafür Sorge

tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin/meinem Vertreter (z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

8. Ergänzende Gedanken und Hinweise

Diese Ergänzungen zu meiner Patientenverfügung sind mir wichtig:

Mit körperlichen Einschränkungen werde ich sicher umgehen können. Einen Zustand, bei dem ich jedoch die Kommunikation mit anderen Menschen dauerhaft und ohne Aussicht auf Besserung nicht mehr aufnehmen kann, halte ich nicht für lebenswert. Nach dieser Maxime habe ich meine Verfügungen erstellt und bitte auch um Beachtung, sofern andere Krankheitssituationen eintreffen, die den o.g. Zustand mit sich bringen.

Mein Lebenspartner soll darüber hinaus Begleitumstände wie Bestattung, Trauerfeier etc. nach seinem eigenen freien Ermessen gestalten. Ich habe dazu keine besonderen Wünsche.

9. Schlussbemerkungen

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bin ich mir bewusst.

Mir ist bekannt, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

Vorsorgevollmacht

Ich, Martina Mustermann,
geboren am 03.02.1970
wohnhaft in Musterplatz 2, 12345 Musterhausen

erteile hiermit Vollmacht an:

Martin Mustermann
geboren am 03.04.1984
Musterplatz 1
12345 Musterstadt
DEUTSCHLAND
Tel.: +49 123456

Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werden sollte. Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte(n) Person(en) die Vollmachtsurkunde besitzt/besitzen und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann/können. Die Vertrauensperson(en) wird / werden hiermit bevollmächtigt, in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege zu entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist / sind befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. Sie darf / dürfen die Krankenunterlagen und die Pflegedokumentationen einsehen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner/n Vertrauensperson(en) von der Schweigepflicht.

Bevollmächtigte dürfen insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 und 2 Bürgerliches Gesetzbuch - BGB).

Bevollmächtigte dürfen, solange es zu meinem Wohle erforderlich ist,

- über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB),
- über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB),

- über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes (§ 1906a Abs. 1 BGB),
- über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1906a Abs. 4 BGB),
entscheiden.

Informationen zu bisher erstellten Vollmachten

Folgende Vollmachte(en) werden durch diese Vollmacht ergänzt. Unabhängig von den aufgeführten Vollmachten bleibt diese eigenständig bis zu ihrem Widerruf gültig.
Generalvollmacht vom 12.12.2010

Diese Vollmacht gilt ab sofort.

Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben fortgilt.

Betreuungsverfügung

Ich möchte im Rahmen der Erstellung dieser Patientenverfügung keine Betreuungsverfügung erstellen. Die Gültigkeit bereits bestehender oder zukünftig erstellter Verfügungen soll jedoch durch diese Festlegung ausdrücklich nicht in Frage gestellt werden.

Unterschrift

01.01.2020



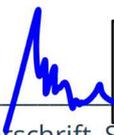
Ort, Datum

Unterschrift

Einwilligungsfähigkeit

Frau Martina Mustermann ist für mich zum Zeitpunkt der Erstellung einwilligungsfähig und ich bin der Meinung, dass die Person die Regelungen dieser Patientenverfügung vollumfänglich verstanden hat.

Datum 10.10.2020



2789951
Dr. med. Maria Muster
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Ehrengardstr. 33
50288 Friedrichstadt
Tel. 0 22 35 / 88 99 77
Fax 0 22 35 / 88 99 77

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes