



Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst Lippe e.V.

Leopoldstraße 16 • 32756 Detmold • Telefon 05231- 96 28 00
e-mail: info@hospiz-lippe.de • Internet: www.hospiz-lippe.de

Informationen zur Patientenverfügung für Personen **mit Bevollmächtigten**

Immer mehr Menschen machen sich Gedanken darüber, ob sie bei schwerer Erkrankung in jedem Fall alle medizinischen Möglichkeiten ausschöpfen wollen. Viele können sich Situationen vorstellen, in denen sie auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichten wollen.

Wenn nichts vorweg bedacht und geregelt ist, können Ärzte und Angehörige am Bett eines schwerstkranken oder bewusstlosen Patienten kaum herausfinden, ob lebensverlängernde Maßnahmen in seinem Sinn wären.

Besonders belastend ist eine Situation, in der die Angehörigen/Freunde in der Einschätzung des Patientenwillens nicht einig sind. Deshalb gibt es die Möglichkeit, in guten Tagen aufzuschreiben, in

welchen Krankheitssituationen lebensverlängernde Maßnahmen unterbleiben sollen und wer dann bevollmächtigt mit dem behandelnden Arzt sprechen darf.

Selbstverständlich kann niemand alle Einzelheiten aller denkbaren Notsituationen im Voraus bedenken und regeln.

Daher ist es sinnvoll, zusammen mit der Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht zu erstellen.

Einen Vordruck für die Patientenverfügung, den der Verein mit Hilfe von Ärzten und Juristen erarbeitet hat, finden Sie anbei.

Auf einem Beiblatt können Sie weitere Erklärungen zu Ihren persönlichen Wertvorstellungen/Lebenseinstellungen anfügen. →

2 Faltkarten für Handschuhfach und Portmonee (bitte einfach ausschneiden)

Ich habe eine Patientenverfügung.

Mein Name

Straße

Postleitzahl / Wohnort

Geburtsdatum

Telefon

Ich habe eine Patientenverfügung.

Mein Name

Straße

Postleitzahl / Wohnort

Geburtsdatum

Telefon

Der in einer Patientenverfügung geäußerte Wille ist in allen Situationen, in denen der Betroffene seine Anliegen nicht mehr selbst vertreten kann, unbedingt zu respektieren. Ihn umzusetzen ist die Aufgabe eines Bevollmächtigten, den der Betroffene bereits zuvor mit einer Vorsorgevollmacht bestellen sollte, oder die eines gerichtlich bestellten Betreuers.

Der Arzt und auch der Bevollmächtigte muss nicht alles tun, was der Patient verlangt, aber er darf nichts tun, was der Patient ausdrücklich nicht will. Falls (im seltenen Ausnahmefall) der Bevollmächtigte und der behandelnde Arzt trotz vorliegender Patientenverfügung den Willen des Patienten unterschiedlich einschätzen, muss das Betreuungsgericht (beim Amtsgericht) um Hilfe und Entscheidung gebeten werden.

WAS IST ZU TUN?

1. Sie entscheiden sich, eine persönliche Patientenverfügung haben zu wollen.
2. Sie informieren sich eventuell über verschiedene Musterformulierungen.
3. Sie entscheiden sich für eine Patientenverfügung, die zu Ihren Vorstellungen und zu Ihrer Lebenseinstellung passt.
4. Sie suchen im Kreis Ihrer Familie, Verwandtschaft oder Bekanntschaft mindestens eine Vertrauensperson, die bereit ist, im Ernstfall als Ihr Bevollmächtigter mit dem behandelnden Arzt zu sprechen und Ihre Anliegen zu vertreten. Diese Person muss auf einem separaten Formular – einer Vorsorgevollmacht – ermächtigt werden.
5. Sie führen mit Ihren ausgewählten Bevollmächtigten ausführliche Gespräche über jeden einzelnen Satz Ihrer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht (damit später im Ernstfall nur das geschieht, was Sie für sich wollen).
6. Sie unterschreiben Ihre Patientenverfügung und lassen sich von einem Zeugen/ggfs. Ihrem Hausarzt bestätigen, dass Sie eigenhändig unterschrieben haben.
7. Sie verteilen Kopien Ihrer Patientenverfügung an Ihre Bevollmächtigten und eventuell an Angehörige und Ihren Hausarzt.
8. Sie legen Ihre Patientenverfügung auffindbar für den Bevollmächtigten zu Ihren persönlichen Papieren (z. B. Familienstammbuch, Testament etc.).
9. Sie können Ihre Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung beim Vorsogeregister der Bundesnotarkammer kostenpflichtig (Kosten Stand November 2014: mindestens 13 Euro) registrieren lassen (www.vorsogeregister.de)
10. Sollten Sie Organspender sein, sollte ein Formular »Erklärung zur Organspende«, von Ihnen ausgefüllt und unterschrieben, dazu gelegt werden.

WICHTIGE HINWEISE

- Im unvorhersehbaren Notfall unter Zeitdruck (z. B. Unfall) findet selbstverständlich zunächst eine Erstversorgung statt. Bei der Weiterbehandlung wird dann im Sinn der Patientenverfügung gehandelt.
- Die Patientenverfügung muss nicht notariell beglaubigt oder durch eine ärztliche Beratung abgesichert werden.
- Sie muss nicht in Abständen erneut unterschrieben werden. Gelegentlich sollte überlegt werden, ob die Patientenverfügung unverändert gelten soll. Änderungen sind jederzeit möglich, müssen jedoch unterschrieben und unverzüglich den Bevollmächtigten zugeleitet werden.

Ich habe eine Patientenverfügung.
Bitte benachrichtigen Sie im Falle meiner Bewusstlosigkeit:

Name _____

Meine Patientenverfügung
befindet sich: _____

Telefon _____

Ich habe eine Patientenverfügung.
Bitte benachrichtigen Sie im Falle meiner Bewusstlosigkeit:

Name _____

Meine Patientenverfügung
befindet sich: _____

Telefon _____

PATIENTENVERFÜGUNG

Vorname, Name

Ich möchte nicht in jedem Fall alle verfügbaren medizinischen Möglichkeiten nutzen und möchte möglichst in einer mir vertrauten Umgebung sterben. Alle, die dann zuständig oder in meiner Nähe sind, bitte ich, mir im Sinne dieser Verfügung beizustehen. Grundsätzlich ist es mir wichtiger, der letzten Phase meines Lebens mehr Qualität zu geben, als die letzte Zeit unter Verlust von Lebensqualität zu verlängern. Aktive Sterbehilfe lehne ich ab.

Lebensverlängernde Maßnahmen und Wiederbelebungsversuche lehne ich ab, falls ich mit hoher Wahrscheinlichkeit unumkehrbar ...

- ... im Sterbeprozess bin.
- ... das Endstadium einer unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheit erreicht habe.
- ... bewusstlos oder im Wachkoma bin.
- ... so schwer hirngeschädigt bin, dass meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und darüber mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, erloschen sind. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann.
- ... infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei einer Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder und wiederholender Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- ... in einen Zustand geraten bin, in dem ich Liebe, Zuwendung und Fürsorge nicht mehr mit positiven Empfindungen annehmen kann.
- ... durch seelische oder körperliche Qualen meine Zustimmung zum Weiterleben verloren habe.

Weiteren Untersuchungen stimme ich in diesen Situationen nur zu, sofern sie zur Linderung von Qualen notwendig sind.

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend behandelt werden, auch wenn der Tod nicht unmittelbar bevorsteht.

Ich bitte um lindernde Pflege und palliative Versorgung, insbesondere ausreichende Schmerztherapie, unabhängig von allen denkbaren Nebenwirkungen. In allen oben beschriebenen Punkten lehne ich künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe – außer zur

Beschwerdelinderung – ab. Zur Vermeidung des Durstgefühls erbitte ich eine gute Mundpflege.

Mir ist bewusst, dass der weitere Verlauf einer Krankheit nicht mit absoluter Sicherheit vorhersehbar ist. Auch nehme ich das Restrisiko eines Irrtums bei der Auffindung meines mutmaßlichen Willens in Kauf.

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt. Den Inhalt dieser Patientenverfügung habe ich mit den nachfolgend bezeichneten Personen besprochen.

Name

Straße

PLZ / Wohnort

Telefon

Name

Straße

PLZ / Wohnort

Telefon

Allen, die bereit sind, meine Haltung zu respektieren und die Folgen meiner Entscheidungen mitzutragen, danke ich sehr.

Ich unterschreibe diese Patientenverfügung nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Solange sie sich bei meinen persönlichen Unterlagen befindet, soll sie Geltung haben. Ich wünsche, dass mir in der akuten Situation nicht eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Sollte sich meine Haltung ändern, werde ich dafür sorgen, dass mein geänderter Wille erkennbar zum Ausdruck kommt.

Vorname, Name

Geburtsdatum

Ort / Datum

Meine vollständige Unterschrift

**Bestätigung der Unterschrift durch einen Zeugen/
ggfs. Arzt**

Ich bestätige, dass Herr/Frau

diese Patientenverfügung eigenhändig unter-
schrieben hat und dass ich an ihrer/seiner freien und
selbstbestimmten Entscheidung keinen Zweifel habe.

Ort / Datum

Vorname, Name des Zeugen

Unterschrift des Zeugen/ggfs. Arztes

Diese Patientenverfügung ist nach dem § 1901 ff. BGB (Patientenverfügungsgesetz) für jedermann rechtsverbindlich. Sie kann bei Missachtung mit anwaltlicher Hilfe, ggfs. auch gerichtlich, gegen Kliniken, Ärzte und Pflegeheime durchgesetzt werden.

Eine Missachtung ist als Körperverletzung strafbar. Die Umsetzung einer Patientenverfügung bedarf nur in Konfliktfällen zwischen Arzt und Bevollmächtigtem bzw. Betreuer einer betreuungsgerichtlichen Genehmigung (§ 1904 BGB).

**Als Anlagen (in allen Geschäftsstellen erhältlich)
füge ich bei:**

- Vorsorgevollmacht
- Erklärung zur Organspende
- Meine persönlichen Wertvorstellungen/Lebens-
einstellungen

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Auskünfte erteilt kostenlos: Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst Lippe e.V.

Leopoldstraße 16
32756 Detmold
☎ 05231 - 96 28 00

Kramerstraße 10
32657 Lemgo
☎ 052 61 - 7773 83

Lange Straße 9
32105 Bad Salzufen
☎ 052 22 - 3 63 93 10

Extertal
☎ 052 62 - 99 55 58

Unser Spendenkonto: IBAN: DE92 4765 0130 0047 4747 47 SWIFT-BIC: WELADE3LXXX

Dieses Formular darf vervielfältigt, inhaltlich geändert, erweitert oder gekürzt werden

8. überarbeitete Auflage, Februar 2017