



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

Leopoldstraße 16 • 32756 Detmold • Telefon 05231-962800
e-mail: info@hospiz-lippe.de • Internet: www.hospiz-lippe.de

Informationen zur Patientenverfügung für Personen ohne 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 sich nicht einig sind oder es niemanden

gibt, der danach gefragt werden kann. Deshalb gibt es die Möglichkeit, in guten Tagen aufzuschreiben, in welchen Krankheitssituationen lebensverlängernde Maßnahmen unterbleiben sollen.

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

Daher ist es sinnvoll, eine umfassende Patientenverfügung zu verfassen und die eigenen Lebens- und Wertvorstellungen darzulegen. Einen Vordruck, 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. Der Arzt muss nicht alles tun, was der Patient verlangt, aber er darf nichts tun, was der Patient ausdrücklich nicht will.

Falls der behandelnde Arzt trotz vorliegender Patientenverfügung die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung für den Bereich der Gesundheitssorge für notwendig hält, ist der hier dargelegte Wille durch den gesetzlichen Betreuer umzusetzen.

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 unterschreiben Ihre Patientenverfügung. Sie können sich diese Unterschrift von einem Zeugen/behandelnden Arzt bestätigen lassen.
5. Sie sollten Ihren Hausarzt/behandelnden Arzt über Ihre Patientenverfügung informieren und dort, nach Möglichkeit, eine Kopie hinterlegen.
6. Sie legen Ihre Patientenverfügung auffindbar zu Ihren persönlichen Papieren.
(z.B. Familienstammbuch, Testament etc.)
7. Sollten Sie Organspender sein, sollte ein Formular „Erklärung zur Organspende“ von Ihnen ausgefüllt und unterschrieben dazu gelegt werden.
8. Sie können Ihre Patientenverfügung und ggf. Ihre Betreuungsverfügung beim Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer kostenpflichtig (Kosten Stand Jan. 2023: mindestens ab 20,50 Euro) registrieren lassen. (www.vorsorgeregister.de)

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 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 zusätzlich unterschrieben werden.

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

Name _____

Meine Patientenverfügung befindet sich:

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

Name _____

Meine Patientenverfügung befindet sich:

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.

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 Hirnabbau- prozesses – z.B. bei einer Demenzerkrankung – auch mit ausdauernder und wiederholter Hilfe- stellung 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 und meine Zustimmung zum Weiterleben verloren habe.

Bei vergleichbaren, hier nicht ausdrücklich erwähnten Krankheitszuständen soll meine Patienten- verfügung ebenso Anwendung finden, auch wenn der Tod nicht unmittelbar bevorsteht.

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

Ich bitte um lindernde Pflege und palliative Versor- gung, insbesondere ausreichende Schmerztherapie,

unabhängig von allen denkbaren Nebenwirkungen. In allen oben beschriebenen Punkten lehne ich künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitsgabe, Dialyse und maschinelle Beatmung 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 Risiko eines Irrtums bei der Auffindung meines mutmaßlichen Willens in Kauf.

Den Inhalt dieser Patientenverfügung habe ich mit den nachfolgend bezeichneten Personen besprochen:

Vorname, Name

Straße

PLZ / Wohnort

Telefon

Vorname, Name

Straße

PLZ / Wohnort

Telefon

Falls eine gesetzliche Betreuung erforderlich sein sollte, ist meine Betreuerin/mein Betreuer verpflichtet, meinen in der Patientenverfügung festgelegten Willen bei allen für mich zu treffenden Entscheidungen zu beachten.

Allen, die bereit sind, meine Haltung zu respek- tieren und die Folgen meiner Entscheidungen mitzu- tragen, danke ich sehr.

Ich unterschreibe diese Verfügung 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.

Ort / Datum

Vorname, Name

Geburtsdatum

Meine vollständige Unterschrift

Diese Patientenverfügung ist nach § 1827 ff. BGB (Patientenverfügungsgesetz) für jedermann rechtsverbindlich. Sie kann bei Missachtung mit anwaltlicher Hilfe, ggf. auch gerichtlich, gegen Kliniken, Ärzte und Pflegeheime durchgesetzt werden. Eine Missachtung ist zudem als Körperverletzung strafbar.

Die Umsetzung einer Patientenverfügung bedarf nur in Konfliktfällen zwischen Arzt und Bevollmächtigtem bzw. Betreuer einer betreuungsgerichtlichen Genehmigung (§ 1829 BGB).

Wer gegen diese Patientenverfügung verstößt, kann zu Schadensersatz- und Schmerzensgeldzahlung verpflichtet werden (BVerfG vom 7.4.2022, 1BvR 1187/19).

Bestätigung der Unterschrift durch einen Zeugen/ ggf. Arzt

Ich bestätige, dass Herr/Frau

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

Ort / Datum

Vorname, Name

Straße

PLZ / Ort

Unterschrift des Zeugen / ggf. Arztes

Als Anlagen füge ich bei:

Erklärung zur Organspende

Meine persönlichen Wertvorstellungen/ Lebenseinstellungen

Sonstiges: _____

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

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

32756 Detmold
Leopoldstraße 16
 05231-962800

32105 Bad Salzuflen
Lange Straße 9
 05222-3639310

32657 Lemgo
Kramerstraße 10
 05261-777383

32791 Lage
Lange Straße 72
 05222-3639310

Unsere Spendenkonten

Sparkasse Paderborn-Detmold
Sparkasse Lemgo

IBAN: DE92 4765 0130 0047 4747 47
IBAN: DE58 4825 0110 0004 4444 44

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

8. überarbeitete Auflage, Januar 2023