

Merkblatt zur Patientenverfügung

Die folgende Patientenverfügung stellt den 1. Schritt in der Vorsorge dar. Sie dürfen diese handschriftlich mit Ihren Angehörigen ausfüllen und sollten diese bei ihrem Hausarzt einscannen lassen, damit dieser im Ernstfall über ihre Vorstellungen Bescheid weiß.

Falls Sie die persönliche ärztliche Beratung und das gemeinsame Ausfüllen in unsere Praxis wünschen, können Sie gerne einen Beratungstermin mit uns ausmachen. (*Vorsicht Privatleistung! 1 Person: ca. 40€, 2 Personen: ca. 80€*)

Wichtiger Hinweis

Die Patientenverfügung ist **Ihr Eigentum**, daher gilt:

Geben Sie das Original nicht aus der Hand! Wenn Sie im Akutfall die Patientenverfügung im Krankenhaus u.a. vorlegen müssen, dann bestehen Sie darauf, dass dort eine Kopie angefertigt wird.

Wie verbindlich sind Patientenverfügungen?

Seit dem 18. Juni 2009 ist die Patientenverfügung ein gesetzlich verbindliches Dokument. Bedingung ist jedoch, dass der Wille des Patienten schriftlich festgelegt wurde und das Original dem behandelnden Arzt vorgelegt werden kann.

Wofür ist eine Patientenverfügung nützlich?

- Mit der Patientenverfügung nimmt man sein Recht auf Selbstbestimmung als Patient wahr, vor allem auch für den Fall, dass man selbst nicht mehr in der Lage ist sich zu äußern.
- Patientenverfügungen helfen Ärzten, den mutmaßlichen Willen des Patienten bei der Anwendung oder Beendigung medizinischer Maßnahmen zu ermitteln.
- Patientenverfügungen können helfen, die Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen bei Entscheidungen über Behandlungsmaßnahmen zu entlasten.
- In Patientenverfügung können auch Vermerke über schmerzlindernde Maßnahmen, den Beistand eines Geistlichen oder die Begleitung durch Hospizhelferinnen dokumentiert werden.

Wie verfasse ich eine Patientenverfügung?

- Patientenverfügungen bedürfen keiner besonderen Form.
- Wichtig ist lediglich, dass sie schriftlich vorliegt.
- Die vom Patienten benannten Vertrauenspersonen werden verpflichtet, den Willen des Ausstellers gegenüber Ärzten und anderen Personen zu vertreten. Diese Verpflichtung müssen sie durch Unterschrift bestätigen.
- Außerdem ist ein Gespräch mit dem Hausarzt erforderlich, der die Patientenverfügung ebenfalls unterzeichnet und damit bestätigt, dass der Patient die Verfügung im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte unterschrieben hat.
- Unerlässlich sind Datum und persönliche Unterschrift des Ausstellers.



Meine Patientenverfügung

Dr. med. Kai-Alexander Dähmow
Facharzt für Allgemeinmedizin
Karlstraße 36
71540 Murrhardt

- Die Patientenverfügung sollte regelmässig durch Unterschrift bestätigt werden, ca. alle 2 Jahre. Diese zeitliche Nähe zum evtl. „Ernstfall“ gibt den Ärzten größere Rechtssicherheit.
- Die folgende Patientenverfügung ist in Anlehnung an die Vorschläge des Bundesjustizministerium sowie der „Esslinger Initiative“ erstellt.

Wo bewahre ich meine Patientenverfügung auf?

- Das Original: Bei den persönlichen Unterlagen
- Benannte Vertrauenspersonen sind vom Aufbewahrungsort in Kenntnis zu setzen.
- Das gleichzeitig ausgestellte Kärtchen gilt als „Notfallverfügung“ und ist in der Brieftasche mitzuführen.
- Patient, Vertrauenspersonen und Hausarzt müssen alle unterschrieben haben und erhalten je ein Exemplar der Verfügung.
- Das Kärtchen („Notverfügung“) muss ebenfalls von allen unterschrieben werden.

Eine Patientenverfügung ist grundsätzlich ein wichtiges Dokument für alle volljährigen Mitbürger, die aktiv im Leben stehen und nicht nur für die Älteren!



Meine Patientenverfügung

Dr. med. Kai-Alexander Dähmlow
Facharzt für Allgemeinmedizin
Karlstraße 36
71540 Murrhardt

Meine Patientenverfügung

1. ZU MEINER PERSON

Ich...

Name, Vorname:

geb. am:

wohnhaft in:

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

2. SITUATIONEN FÜR DIE DIESE VERFÜGUNG GELTEN SOLL

- (a) Die folgende Verfügung bedeutet keinen generellen Behandlungsverzicht.
(b) Für den Fall aber, dass ich durch Krankheit oder Unfall meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit (Einwilligungsfähigkeit) nach ärztlicher Einschätzung aller Wahrscheinlichkeit nach auf Dauer verloren habe und ich ...

- ☐ ... mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde ...
- ☐ ... mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist...
- ☐ ... infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte 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. ...
- ☐ ... infolge eines 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 zunehmen. ...
- ☐ ... infolge eines 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 zunehmen. ...
- ☐ ... eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

(Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.)

verfüge ich:

3. FESTLEGUNGEN ZU EINLEITUNG, UMFANG ODER BEENDIGUNG BESTIMMTER ÄRZTLICHER MAßNAHMEN

(A) LEBENSERHALTENDE MAßNAHMEN

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, ...

- ☐ ... dass **alles medizinisch Mögliche getan wird**, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern. ...
- ☐ ... auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte. ...

ODER

- ☐ ... 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 eine jeweils dem aktuellen Standard der Medizin und Pflege (Palliative Care) entsprechende Schmerztherapie und Behandlung zur Verhinderung oder Linderung von Atemnot, Angst, Unruhe, Übelkeit und weiteren mich belastenden Zuständen. Unnötige Medikamente sollen abgesetzt werden. ...

(B) SCHMERZ- UND SYMPTOMBEHANDLUNG

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, ...

- ☐ ... aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung. ...

ODER

- ☐ ... wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung. ...
- ☐ ... die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf. ...

(C) KÜNSTLICHE ERNÄHRUNG

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, ...

- ☐ ... dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird. ...

ODER

- ☐ ... dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt oder fortgeführt wird. ...
- ☐ ... dass Hunger und Durst auf natürliche Weise und ohne hochkalorische Flüssignahrungsmittel gestillt werden. Es soll kein Zwang zum Essen und Trinken ausgeübt werden. ...
- ☐ ... dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur zur Linderung meiner Beschwerden erfolgen darf. ...

(D) KÜNSTLICHE FLÜSSIGKEITSZUFUHR

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, ...

- ☐ ... eine künstliche Flüssigkeitszufuhr. ...

ODER

- ☐ ... die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen. ...
- ☐ ... die Unterlassung jeglicher künstlicher Flüssigkeitszufuhr. ...
- ☐ ... dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur zur Linderung meiner Beschwerden erfolgen darf. ...

(E) WIEDERBELEBUNG

a) In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, ...

- ☐ ... in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung. ...

ODER

- ☐ ... die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung. ...
- ☐ ... dass **der Notarzt nicht verständigt wird** bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird. ...

b) Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens, ...

- ☐ ... lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab. ...
- ☐ ... lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen medizinischer Maßnahmen unerwartet eintreten. ...

(F) KÜNSTLICHE BEATMUNG

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, ...

- ☐ ... eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann. ...

ODER

- ☐ ... 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. ...

(G) DIALYSE & ANDERE FORMEN DER BLUTWÄSCHE

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, ...

- ☐ ... eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann. ...

ODER

- ☐ ... dass keine künstliche Blutwäsche (Dialyse) durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird. ...

(H) ANTIBIOTIKA

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, ...

- ☐ ... Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann. ...

ODER

- ☐ ... Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden. ...

(I) BLUT & BLUTBESTANDTEILE

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- ☐ ... die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann. ...

ODER

- ☐ ... die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden. ...
- ☐ ... keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen. ...

(J) SONSTIGE LEBENSERHALTENDEN MAßNAHMEN

Auch die folgenden lebenserhaltenden Maßnahmen (z.B. Herzschrittmacher bzw. Defibrillator) sollen nicht durchgeführt bzw. eingestellt werden:

4. ORGANSPENDE

- ☐ Ich **lehne** eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken **ab**.

ODER

- ☐ Ich **stimme** einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken **zu**.

- ☐ Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt.

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 ...

- ☐ ... geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor. ...

ODER

- ☐ ... gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor. ...



Meine Patientenverfügung

Dr. med. Kai-Alexander Dähmlow
Facharzt für Allgemeinmedizin
Karlstraße 36
71540 Murrhardt

5. ORT DER BEHANDLUNG, BEISTAND

Ich möchte ...

- ☐ ... zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden. ...

ODER

- ☐ ... wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben. ...

ODER

- ☐ ... wenn möglich in einem Hospitz sterben. ...

Ich möchte ...

- ☐ ... Beistand durch folgende Personen:

☐ **UND** ☐ **ODER**

- ☐ ... Beistand durch einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

☐ **UND** ☐ **ODER**

- ☐ ... Hospizlichen Beistand

6. AUSSAGEN ZUR VERBINDLICHKEIT, ZUR AUSLEGUNG UND DURCHSETZUNG UND ZUM WIDERRUF DER PATIENTENVERFÜGUNG

- ☐ 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. Mein(e) Vertreter(in) – z.B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille 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.
- ☐ 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. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt bei:
- ☐ ... meiner/ meinem Bevollmächtigten.
 - ☐ ... meiner Betreuerin/ meinem Betreuer.
 - ☐ ... der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

- Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigten(r)/ Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt bei:
- ... meiner/ meinem Bevollmächtigten.
 - ... meiner Betreuerin/ meinem Betreuer.
 - ... der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

7. HINWEISE AUF WEITERE VORSORGEVERFÜGUNGEN

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine **Vorsorgevollmacht** für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person(en) besprochen:
Bevollmächtigte(r)/Vertrauenspersonen:

1. Name, Vorname:
geb. am:

wohnhaft in:

Telefon/Mobil:

Mail:

2. Name, Vorname:
geb. am:

wohnhaft in:

Telefon/Mobil:

Mail:



Meine Patientenverfügung

Dr. med. Kai-Alexander Dähmow
Facharzt für Allgemeinmedizin
Karlstraße 36
71540 Murrhardt

- ☐ Ich habe eine **Betreuungsverfügung** zur Auswahl des Betreuers erstellt (*ggf.*: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen).
Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer:

Name, Vorname:

geb. am:

wohnhaft in:

Telefon/Mobil:

Mail:

8. HINWEIS AUF BEIGEFÜGTE ERLÄUTERUNGEN ZUR PATIENTENVERFÜGUNG

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- ☐ Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen:

- ☐ Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

9. SCHLUSSFORMEL

- ☐ Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

10. SCHLUSSBEMERKUNGEN

- ☐ Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.
- ☐ Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.
- ☐ Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.
- ☐ Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.
- ☐ Diese Verfügung soll nur im Einvernehmen mit meinen Bevollmächtigten umgesetzt werden.

11. INFORMATION/BERATUNG

- ☐ Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert und beraten lassen durch:



Meine Patientenverfügung

Dr. med. Kai-Alexander Dähmow
Facharzt für Allgemeinmedizin
Karlstraße 36
71540 Murrhardt

12. ÄRZTLICHE AUFKLÄRUNG/BESTÄTIGUNG DER EINWILLIGUNGSFÄHIGKEIT

- ☐ Mein Hausarzt Dr. Kai-Alexander Dähmow, Praxis Karlstraße (Adresse: Karlstraße 36, 71540 Murrhardt, Tel: 07192 5322, Mail: info@hausarzt-murrhardt.de) ist bereit, über meinen Gesundheitszustand und über meine Wünsche und Vorstellungen Auskunft zu geben. Ich entbinde ihn von der Schweigepflicht gegenüber meiner Vertrauensperson und dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin.

- ☐ Herr/Frau wurde von mir heute bzgl. der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt. Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum:

Unterschrift/Stempel des Arztes:

.....

.....

13. UNTERSCHRIFT PATIENT & BEVOLLMÄCHTIGTE

- ☐ Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich Sie widerrufe.
- ☐ Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

Datum:

Unterschrift des Patienten:

.....

.....

- ☐ Mit meinen Vertrauenspersonen habe ich meine Patientenverfügung besprochen. Sie sind bereit, über meine Wünsche und meinen Willen Auskunft zu geben. Durch ihre Unterschrift bestätigen sie, dass sie keinen Zweifel an meiner Urteils- und Entscheidungsfähigkeit haben.

Datum:

Unterschrift der Bevollmächtigten/Vertrauenspersonen:

.....

...../.....

14. AKTUALISIERUNGEN

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachfolgend:

- ☐ In vollem Umfang

- ☐ Mit folgenden Änderungen:

Datum:

Unterschrift des Patienten:

.....

.....



Meine Patientenverfügung

Dr. med. Kai-Alexander Dähmow
Facharzt für Allgemeinmedizin
Karlstraße 36
71540 Murrhardt

☐ In vollem Umfang

☐ Mit folgenden Änderungen:

Datum:

Unterschrift des Patienten:

.....

.....

☐ In vollem Umfang

☐ Mit folgenden Änderungen:

Datum:

Unterschrift des Patienten:

.....

.....



Meine Patientenverfügung

Dr. med. Kai-Alexander Dähmow
Facharzt für Allgemeinmedizin
Karlstraße 36
71540 Murrhardt

Verfügung für den Geldbeutel

Patientenverfügung / Notverfügung Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt	
Name: \${Patient.vollstaendigerName()}	
Geburtsdatum: \${Patient.geburtsdatum}	
Wohnhaft in: \${Patient.strasseHausnummer()}, \${Patient.plzOrt()}	
<p>Falls ich in einen Zustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiderruflich verloren habe, will ich, dass man auf Maßnahmen verzichtet, die nur noch eine Sterbens- und Leidensverlängerung bedeuten würde.</p> <p>Mein Leben soll sich in Stille und Würde vollenden. Vor erforderlichen Entscheidungen über das weitere Vorgehen verlange ich, dass die verantwortlichen Ärzte mit meinen Bevollmächtigten bzw meinem Hausarzt Rücksprache nehmen. Sie sind ihnen gegenüber von der Schweigepflicht entbunden.</p>	
(1. Bevollmächtigter, Tel , Unterschrift)	
(2. Bevollmächtigter, Tel. , Unterschrift)	
(Arzt, Tel , Unterschrift)	
Dr. Dähmow, Tel: 07192 5322, _____	
Mit ihrer obigen Unterschrift bestätigen sie, dass sie von meiner Patientenverfügung Kenntnis genommen haben. Zum Gültigkeitsdatum siehe Originalverfügung bei meinen persönlichen Unterlagen.	
Für den Fall, dass keine Heilung zu erwarten ist und die Krankheit zum Tode führen wird oder für den Fall eines dauerhaften Komas – auch Wachkomas – verfüge ich folgendes unbedingt zu beachten. <i>Ich will:</i>	
keine Wiederbelebung	keine künstliche Beatmung
keine künstliche Ernährung (Magensonde o.ä.)	keine Flüssigkeitszufuhr von mehr als einem halben Liter am Tag, nur Mundpflege
keinen Anschluss an eine künstliche Niere	keine Bluttransfusion
Datum	Unterschrift Patient: