

Patientenverfügung

Verfügender:

Geburtsdatum / -ort:

Adresse:

Ich berufe mich auf mein grundsätzlich verbürgtes Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrecht (Art. 1 und 2 GG). Für den Fall meiner eingeschränkten Zustimmungsfähigkeiten verfüge ich vorsorglich im Sinne § 1896 (2) BGB (Erforderlichkeitsgrundsatz) bzw. für den Fall einer notwendig werdenden Betreuung gemäß § 1901 (2) BGB (Geltung antizipierter Wünsche und Vorstellungen) bezüglich risikobelasteter medizinischer Entscheidungskonflikte, Tun und Unterlassen im Sterbeprozess usw. im Vollbesitz meiner geistigen Fähigkeiten wie folgt (wobei nach ständiger Rechtsprechung der widerrechtlich durchgeführte ärztliche Eingriff als Körperverletzung im Sinne der §§ 223 ff. StGB qualifiziert wird und gemäß §§ 823 ff. 847 BGB auch eine zivilrechtliche Haftung auslösen kann:

Seit _____ bin ich an der Amyotrophen Lateralsklerose (ALS) erkrankt. Es handelt sich um eine chronische und fortschreitende Erkrankung des motorischen Nervensystems. Bei der ALS ist das motorische Nervensystem, das für die Steuerung der Skelettmuskulatur verantwortlich ist. Dabei kommt es zu einer Degeneration der motorischen Nervenzellen (motorische Neurone, Motoneurone) im Gehirn und Rückenmark, die mit der Muskulatur eine funktionelle Einheit bilden. Eine Störung der motorischen Neuronen stellt sich daher dem Patienten in erster Linie als Muskelschwäche (Kraftminderung, Parese), Muskelschwund (Atrophie) oder Steifigkeit (Spastik) dar. Eine Beeinträchtigung der Gedächtnisleistung und sonstiger kognitiver Funktion ist bei der ALS nicht vorhanden.

Die ALS ist noch nicht heilbar. Hauptschwierigkeiten bei der Behandlung dieser Erkrankung ist die fehlende Kenntnis ihrer genauen Ursache. So ist gegenwärtig keine Therapie möglich, welche die Ursache der Erkrankung berührt. Auch das Fortschreiten der ALS ist mit den jetzigen Möglichkeiten nicht zu verhindern. Die bisher etablierten Therapiemöglichkeiten zielen auf eine Verlangsamung des Krankheitsfortschritts.

Ich will nicht, dass mein Leben um jeden Preis verlängert wird. Deshalb verfüge ich hiermit, in vollem Erhalt meines Bewusstseins, mit Wirkung gegenüber meinen behandelnden Ärzten und sonstigen medizinischen Personal:

1. Ich erwarte ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten, solange im Falle einer weiteren Verschlechterung meines derzeitigen Zustands eine realistische Aussicht auf Erhaltung eines für mich lebenswerten Lebens besteht, d.h. Fortsetzung der künstlichen Ernährung und der unterstützenden Beatmung.
2. Ich verlange insbesondere im Endstadium meiner unheilbaren Krankheit eine intensive Schmerztherapie und Behandlung von Erstickungsangst durch Gabe von entsprechenden Beruhigungs- und Schmerzmedikamenten einschließlich Morphinen und Benzodiazepinen,
 - auch wenn ich durch die Behandlung müde und schläfrig werde,
 - auch wenn ich dadurch ggf. das Bewusstsein verliere,
 - auch wenn ich durch diese Behandlung die mir noch verbleibende Lebensspanne verkürzt wird.

3. In einem fortgeschrittenen Krankheitszustand, der eine invasive oder intensivmedizinische Behandlung erforderlich macht und im anderen Fall ein unausweichliches Sterben bedingt, lehne ich intensivmedizinische therapeutische und diagnostische Maßnahmen verbindlich ab. Ich untersage dann Maßnahmen der kardiopulmonalen Reanimation, maschinellen Beatmung und eine operative Therapie.

4. Wenn zu meiner fortgeschrittenen Grunderkrankung weiter schwerwiegende Störungen z.B. eine Lungenentzündung (Pneumonie), Herzschwäche (Herzinsuffizienz) oder andere Komplikationen hinzutreten, lehne ich deren Behandlung ebenfalls ab. In dieser Situation wünsche ich die Behandlung zur Schmerz- und Beschwerdeänderungen gemäß Punkt 2.

5. Bei unerträglichen Leiden behalte ich mir vor, den Zeitpunkt meines Todes selbst zu bestimmen. In diesem Fall sollen die künstliche Ernährung und unterstützende Beatmung eingestellt und die Gabe von beruhigenden und schmerzlindernden Medikamente gemäß Punkt 2 eingeleitet werden. Ärzte und Helfer sollen dann nicht der Garantiepflicht zur Lebensrettung unterliegen. Es sollen hierbei die Grundsätze Deutschen Bundesärztekammer (September 1998) berücksichtigt werden:

„Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf.“

6. Sofern es ermöglicht werden kann, möchte ich meine letzten Tage in der mir vertrauten häuslichen Umgebung verbringen.

Wenn die in Punkt 2 beschriebene Behandlung nicht in häuslicher Umgebung möglich ist, möchte ich bei Bedarf in folgenden Einrichtungen behandelt werden:

Name / Adresse der Einrichtung:

7. Ich benötige seelsorgerischen Beistand: ja / nein

8. Einer Organexplantation stimme ich zu: ja / nein

9. Mit einer Obduktion bin ich einverstanden: ja / nein

10. Im Falle von Lebensgefahr und vor der Entscheidung über die Anwendung dieser Patientenverfügung sind die nachfolgenden Personen zu benachrichtigen:

Name / Adresse / Telefon – Nr.:

11. Sollte ich gar nicht oder teilweise nicht mehr in der Lage sein, meine Angelegenheit selbst zu besorgen, so bevollmächtige ich gemäß § 1896 Abs. 2 BGB folgende Person, für mich medizinische Eingriffe abzulehnen oder Einwilligung zu erteilen. Die gilt auch und gerade für lebensbedrohliche Situationen gemäß § 1904 BGB (nach seit 01.01.1999 geltendem Betreuungsrechtänderungsgesetz), soweit dies dem Sinn nach mit den vorangegangenen Punkten dieser individuellen Patientenverfügung übereinstimmt; die Anrufung eines Amtsgericht ist von mir unerwünscht und entspricht nicht dem Erfordernisgrundsatz. Die behandelnden Ärzte haben die genannte Person genau über meinen Zustand aufzuklären (sind also ihr gegenüber von der Schweigepflicht entbunden) und sind rechtlich verpflichtet meine Willen zu ermitteln, meine Vorsorge – Vollmacht bzw. diese Verfügung zu achten und sich danach zu richten. Diese Vollmacht gilt über den Tod hinaus. Ich bevollmächtige wie folgt:

Name / Adresse / Telefon – Nr.:

12. Ich habe Vorsorge – Vollmacht erteilt, dessen Original sich bei nachfolgend genannter Person als Bevollmächtigten befindet. Sie tritt mit sofortiger Wirkung in Kraft.

Name / Adresse / Telefon – Nr.:

13. Die Einhaltung dieser Patientenverfügung mache ich den behandelnden Ärzten zur bindenden Verpflichtung.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient

.....
Zeuge 1

.....
Zeuge 2

.....
Zeuge 3

.....
Zeuge 4