

Wichtige Hinweise

Vielen Dank für Ihr Vertrauen und Ihre Mitarbeit. Ihre Patientenverfügung beginnt auf der dritten Seite.

Drei Schritte sind noch erforderlich um Ihre Patientenverfügung rechtlich bindend zu machen:

1. Überprüfen

- Bitte lesen Sie die generierte Patientenverfügung sorgfältig durch.
- Stellen Sie sicher, dass Sie alles verstanden haben und die Angaben auch wirklich Ihren Wünschen entsprechen.
- Lassen Sie sich gegebenenfalls durch einen Arzt Ihres Vertrauens beraten.
- Nehmen Sie - falls notwendig - Änderungen am Dokument vor, indem Sie unpassende Passagen durchstreichen oder ergänzen Sie das Dokument um selbstverfasste Anweisungen.

2. Unterschreiben

WICHTIG: Unterschreiben Sie Ihre Patientenverfügung unter Angabe von Ort und Datum um diese rechtsverbindlich zu machen.

- Wünschen Sie eine Bestätigung durch einen Arzt, dass Sie zum Zeitpunkt der Unterschrift bei klarem Bewusstsein und im vollem Umfang entscheidungs- und einwilligungsfähig waren, so warten Sie mit der Unterschrift und leisten diese erst bei Ihrem Gespräch mit dem Arzt.
- Falls Sie handschriftliche Änderungen am Dokument vorgenommen haben, quittieren Sie diese auf der selben Seite am Rand mit Ihrer Unterschrift unter Angabe von Ort und Datum.
- Unterschreiben Sie Ihre Patientenverfügung auf der vorletzten Seite persönlich.
- Heften Sie die einzelnen Seiten zusammen.

HINWEIS: Die Patientenverfügung wird mit Ihrer Unterschrift sofort vollständig rechtswirksam. Eine Beratung durch einen Rechtsanwalt oder eine Beglaubigung durch einen Notar ist nach aktuell geltendem Recht nicht notwendig.

3. Hinterlegen

- Scannen Sie alle nachfolgenden Seiten (ohne diese Anleitung) als eine PDF-Datei und laden Sie die Datei in Ihrem geschützten Bereich unter <https://meine.patientenverfuegung.digital/> hoch.
- Falls Sie keinen Scanner haben, steht Ihnen unser Hinterlegungsdienst zur Verfügung (siehe nächste Seite).
- Bitte überprüfen Sie, ob die hochgeladene Datei vollständig ist und auf der vorletzten Seite Ihre Unterschrift zu sehen ist.
- Sprechen Sie mit Ihren Angehörigen und Vertrauenspersonen über Ihre Patientenverfügung und sprechen Sie Ihre Entscheidungen durch.
- Weisen Sie Ihre Angehörigen und Vertrauenspersonen darauf hin, dass die aktuelle Fassung der Patientenverfügung unter <https://meine.patientenverfuegung.digital/abruf> immer online verfügbar ist.
- Vereinbaren Sie mit Ihren Angehörigen und Vertrauenspersonen, wo Sie die Originale aufbewahren.

Signalaufkleber

Schneiden Sie die nachfolgenden Signalaufkleber aus und kleben Sie diese auf Ihre Versichertenkarte, sowie ggf. andere Scheckkarten. So werden Ärzte im Notfall auf Ihre Patientenverfügung aufmerksam und können diese jederzeit online unter <https://meine.patientenverfuegung.digital/abruf> herunterladen. Bei Abruf Ihrer Patientenverfügung werden Ihre Angehörigen umgehend per E-Mail und SMS benachrichtigt.

HINWEIS: Bitte beachten Sie §28 PAuswG "Ein Ausweis ist ungültig, wenn er (...) verändert worden ist". Wir raten daher vom Bekleben Ihres Personalausweises ab.



The diagram illustrates the process of attaching a signal sticker to a health insurance card. On the left, a blue health insurance card (Versichertenkarte) is shown with the following details: Dr. Erika-Sophie Baronin von Mustermann-Reitzenstain, IKK Musterkasse, Kasse number 4612348, Versichertennummer 123456789012, and Status 1164 1. The card is valid until 1215. To the right, a white signal sticker is shown with a dashed border, containing the text 'PATIENTENVERFÜGUNG', a QR code, and the document number 'yIuCWEGFpJbMz1NqIJlmlJBWlWk2'. A pair of scissors is positioned to cut out the sticker. To the right of the scissors, the text reads: 'Signalaufkleber ausschneiden und auf Ihre Versichertenkarte kleben!'.

WICHTIG: Achten Sie beim Aufkleben des Signalaufklebers, dass keine personenrelevanten Daten oder Chipsatz abgedeckt werden.

Hinterlegungsdienst

Sie haben keinen Scanner?

Für diesen Fall steht Ihnen unser Hinterlegungsdienst gerne zur Verfügung. Senden Sie die unterschriebene Patientenverfügung (ohne diese Anleitung) postalisch als normalen DIN A4 Brief an:

Patientenverfügung.digital
AMN Data Solution #557358
Glogauer Str. 5
10999 Berlin

WICHTIG: Bitte versenden Sie den Brief **nicht** als Einschreiben und heften Sie die Seiten **nicht** zusammen.

Alternativ können Sie uns die unterschriebene Patientenverfügung auch per Fax zukommen lassen. Unsere Faxnummer lautet: +49 8771 63295561

Wir bestätigen die Hinterlegung Ihrer Patientenverfügung per E-Mail. Danach können Sie die hinterlegten Dokumente in Ihrem geschützten Bereich einsehen.

Patientenverfügung

Ich,

Max Mustermann

geboren am 1.1.1981 in Berlin, Deutschland

wohnhaft in:

Hauptstraße 15, 10827 Berlin, Deutschland

errichte freiwillig und unbeeinflusst im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und nach ausführlicher Aufklärung und Kenntnis der rechtlichen Folgen und im Bewusstsein der Tragweite meiner Entscheidungen hiermit folgende Patientenverfügung gemäß § 1901a BGB (in Deutschland), PatVG exkl. Abschnitt 2. §§ 4 – 7 (in Österreich), bzw. Art. 370 ff. ZGB (in Schweiz).

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann oder meine Angelegenheiten aufgrund einer Erkrankung oder Einschränkung meiner körperlichen, geistigen oder seelischen Fähigkeiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann oder mein Selbstbestimmungsrecht in persönlichen und gesundheitlichen Angelegenheiten von mir selbst nicht mehr rechtswirksam ausgeübt werden kann, richte ich folgende Weisungen an die behandelnden Ärzte, meine Bevollmächtigten, einen etwaigen Betreuer, Behörden und Gerichte sowie Sanitäter und Pflegepersonen:

Gesundheitszustand und Lebenssituation

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Patientenverfügung befinde ich mich in guter Gesundheit. Ich leide nicht an einer chronischen oder unheilbaren Krankheit mit tödlichen Verlauf.

Im Alltag bin ich nicht auf Pflege oder sonstige Unterstützung angewiesen.

Ich verfasse diese Patientenverfügung als allgemeine Vorsorgemaßnahme um im Falle eines Unfalls oder einer plötzlichen Erkrankung meine Behandlungswünsche vorsorglich geäußert zu haben. Es ist kein konkreter medizinischer Eingriff bei mir geplant.

Reanimation

Ich möchte grundsätzlich wiederbelebt werden. Sofern keine klinisch relevante Unterkühlung vorliegt, möchte ich in folgenden Fällen jedoch nicht wiederbelebt werden:

- bei mehr als 10 Minuten bestehendem Herz-Kreislauf-Stillstand ohne gesicherte durchgehende Thoraxkompression
- bei unbeobachtet eingetretenem Herz-Kreislauf-Stillstand

Abbruchkriterien für Reanimation:

- bei mehr als 8 Minuten (vermuteter) No-Flow-Zeit und fehlendem ROSC
- nach 20 Minuten Reanimation ohne Thrombolyse-Therapie
- nach 90 Minuten Reanimation mit Thrombolyse-Therapie

Verlegung in ein spezialisiertes Zentrum

Meine Therapie soll bevorzugt an einem spezialisierten Zentrum, entsprechend Kliniken der Versorgungsstufen „Universitätsklinik“, „Maximalversorger“ oder „Regionaler Spitzenversorger“ durchgeführt werden.



Sollte ich (z.B. durch Bewusstlosigkeit und Zuweisung durch den Rettungsdienst) nicht ansprechbar sein und daher zunächst als Patient in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung aufgenommen worden sein, so wünsche ich - wenn es medizinisch sinnvoll ist - eine Verlegung an ein solches Zentrum.

Intensivmedizinische Therapie

Für die Behandlung eines Erkrankungskomplexes wünsche ich für einen Zeitraum von 75 Tagen ab erstem Behandlungstag im erstaufnehmenden Krankenhaus eine vollumfängliche (intensiv)medizinische Therapie unter vollständiger Ausschöpfung aller (intensiv)medizinischer Möglichkeiten ungeachtet meines Erkrankungszustandes. Eine kurzfristige Entlassung oder Verlegung (z.B. nach Hause oder in Reha-Einrichtungen) unterbricht diesen Zyklus im Falle einer Wiederaufnahme nicht. In diesem Zeitraum stimme ich sämtlichen (intensiv)medizinischen sowie erforderlichen operativen Maßnahmen zu, inklusive Tracheotomie, künstlicher Ernährung enteral und parenteral sowie antiinfektiver Therapie.

AUSNAHME: Sollte eine Behandlungsgrenzen überschreitende Diagnose vorliegen (siehe Abschnitt "Behandlungsgrenzen überschreitende Diagnosen"), so gestatte ich - wie im Abschnitt "Palliative Therapie" festgelegt - **auch vor Ablauf der 75 Tage Frist** nur noch eine rein palliative Versorgung unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung.

Nach Ablauf von 75 Tagen ab dem Datum des ersten Aufnahmetages im erstversorgenden Krankenhaus soll eine kritische Reevaluation erfolgen.

Sollte es zu diesem Zeitpunkt keine realistischen Aussichten dafür geben, dass

- eine (intensiv)medizinische Therapie **zeitnah** mit Erfolg beendet werden kann
- **zeitnah** eine aktive Fähigkeit zur Teilnahme an meiner Umgebung möglich ist

oder

- die Wahrscheinlichkeit dafür spricht, dass ich in einem anhaltenden Zustand der Bewusstlosigkeit bin (inkl. apallisches Syndrom)
- ich anhaltend nicht in der Lage bin, mir nahestehende Personen zu erkennen und mit ihnen zu kommunizieren (z.B. meine Angehörigen und/oder Freunde)

so gestatte ich ab diesem Zeitpunkt - wie im Abschnitt "Palliative Therapie" festgelegt - nur noch eine rein palliative Versorgung unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung.

AUSNAHME: In folgenden Fällen wünsche ich eine uneingeschränkte Behandlung **auch über den Zeitraum von 75 Tagen** hinaus:

- bei chronischen Erkrankungen mit zeitweiligen Verschlechterungen, z.B. infektexazerbierte COPD
- bei Sepsis und schwerer Sepsis als Primärinfektion oder Sekundärkomplikation, solange der Erhalt der minimal notwendigen Lebensqualität (siehe Abschnitt "Minimal notwendige Lebensqualität") möglich ist.

Behandlungsgrenzen überschreitende Diagnosen

Liegt eine der folgenden Diagnosen vor, gestatte ich - wie im Abschnitt "Palliative Therapie" festgelegt - nur noch eine rein palliative Versorgung unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung:

- Vorhandensein eines oder mehrerer folgender Befunde bei weniger als 72 Stunden nach Reanimation:
 - diffuses hypoxisches Hirnödem
 - generalisierte Frühmyoklonien



- Ausfall der Pupillenlichtreaktion und Reaktion auf Schmerzreize (min. 48 Stunden ohne Sedierung)
- Ausfall kortikaler SEP-Komponenten nach Reizung des N. medianus
- Burst-Suppression-Muster oder isoelektrisches EEG
- Status epilepticus
- Apallisches Syndrom (Wachkoma)
- Locked-In-Syndrom
- Koma (Glasgow Coma Score kleiner als acht) mit einer Mindestdauer von sechs Stunden
- Hepatische Enzephalopathie (Leberkoma)
- Schlaganfall mit NIHSS Score größer 15 über min. 48 Stunden
- Demenz (siehe Abschnitt "Sonderbestimmungen bei Demenz")
- maligner Hirntumor
- malignes Grundleiden, welches absehbar (weniger als drei Monate) mit oder ohne Therapie zum Tode führen wird
- bereits vor der Erkrankung, die zum Krankenhausaufenthalt geführt hat, unterschrittene minimal notwendige Lebensqualität (siehe Abschnitt "Minimal notwendige Lebensqualität")

Dabei ist das Entwicklungsstadium der Krankheit nicht von Bedeutung. Die Regelungen gelten auch wenn grundsätzlich eine Aussicht auf relative Besserung besteht. Es ist meine Überzeugung, dass auch im idealen Fall mit keinem Verlauf zu rechnen ist, der für mich noch akzeptable Lebensqualität bedeuten würde. Ist das Vorliegen einer der aufgelisteten Diagnosen fraglich, so ist diese dann als bestätigt zu betrachten, wenn zwei Fachärzte, die einer klinischen Fachrichtung angehören, welche üblicherweise mit der Diagnostik oder Therapie der fraglichen Diagnose befasst sind, übereinstimmen.

Palliative Therapie

Sind die von mir in dieser Patientenverfügung festgelegten Zeiträume überschritten, liegt eine Behandlungsgrenzen überschreitende Diagnose vor (siehe Abschnitt "Behandlungsgrenzen überschreitende Diagnosen") oder wurde die minimal notwendige Lebensqualität (siehe Abschnitt "Minimal notwendige Lebensqualität") unterschritten, gestatte ich ausschließlich nur noch eine palliative Versorgung unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung.

In so einem Fall **WIDERSPRECHE** ich ausdrücklich der Einleitung oder Fortsetzung lebensverlängernder Maßnahmen wie z.B.:

- maschinelle Beatmung
- künstliche Ernährung (enteral und parenteral)
- künstliche Flüssigkeitszufuhr
- Dialyse oder Hamofiltration
- der Gabe von Blut und/oder Blutbestandteilen
- antibiotische Behandlung
- Katecholamintherapie
- Reanimation
- Verlegung auf eine Intensivstation
- Operationen, Folgeoperationen oder Entlastungsoperationen
- Transplantationen
- jede Art von invasiver Therapie oder Diagnostik

AUSNAHME:

- die Maßnahmen dienen zur Schmerzlinderung oder -erleichterung
- Schaffung eines ständigen venösen Zugangs (venae sectio)

Die hier aufgeführten Maßnahmen sind nur beispielhaft. Für nicht genannte oder neue Behandlungsmaßnahmen gelten meine Wünsche und Anweisungen entsprechend. Eine Verkürzung der



Lebensdauer durch palliative Maßnahmen nehme ich explizit in Kauf.

Sollten die aufgeführten Maßnahmen bereits eingeleitet oder durchgeführt worden sein, fordere ich deren Absetzung und die Unterlassung jeder Wiederholung. Sollte dies rechtlich nicht zulässig sein, verlange ich diese auf ein Minimum zu reduzieren.

Ich wünsche weiterhin eine angemessene ärztliche Behandlung und Pflege, wie z.B. fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten, Körperpflege, menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung sowie Linderung von Schmerzen, Atemnot, Angst, Übelkeit, Erbrechen, Unruhe, Verwirrung und anderer belastender Symptome. Ich wünsche insbesondere die Gabe von Sedativa (Lorazepam und andere) und Analgetika (Morphin und andere) auch unter Inkaufnahme eines Atemstillstands oder einer möglichen Lebensverkürzung.

Diagnose- und Therapieverfahren

Vorrangig vor allen anderen Bestimmungen stimme ich bzw. widerspreche ich den aufgeführten Diagnose- bzw. Therapieverfahren unabhängig von Umstand und Stadium der Erkrankung.

Folgenden Diagnose- und Therapieverfahren **WIDERSPRECHE** ich unabhängig von Umstand in jedem Fall:

- PEG-Sonden Einlage
- extrakorporalen Organersatzverfahren
- Gastroskopie (Magenspiegelung)
- **dauerhaftem** Einsatz eines künstlichen Stuhlausgangs

Eine Verkürzung der Lebensdauer nehme ich dabei explizit in Kauf.

Folgenden Diagnose- und Therapieverfahren **STIMME ICH ZU**, solange die minimal notwendige Lebensqualität (siehe Abschnitt "Minimal notwendige Lebensqualität") nicht unterschritten wird:

- künstliche Ernährung über Nasensonden
- Blasendauerkatheter
- Gabe von Blut und/oder Blutbestandteilen (Bluttransfusion)
- Tracheotomie (Luftröhrenschnitt)
- Dialyse oder Hämofiltration
- Koloskopie oder Enteroskopie (Darmspiegelung)
- **vorübergehendem** Einsatz eines künstlichen Stuhlausgangs
- Herzkatheter
- Pacemaker/ICD
- Kunstherz

Minimal notwendige Lebensqualität

Sollte eine Situation vorliegen, die von dieser Patientenverfügung nicht konkret erfasst wird, so soll für die Ermittlung meines mutmaßlichen Willen die nachfolgende Grenze als die für mich minimal notwendige Lebensqualität herangezogen werden.

Die Grenze für die minimal notwendige Lebensqualität ist für mich unterschritten, wenn ein oder mehrere folgender Symptome vorliegen:

- irreversible, gleichzeitige Taub- und Blindheit
- dauerhafte Bettlägerigkeit (z.B. bei vollständiger Querschnittslähmung)
- dauerhafte, schwere Beeinträchtigung meiner Selbständigkeit (entsprechend Pflegegrad 4 oder höher)



Dies ist gegeben, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass eines oder mehrerer der aufgelisteten Symptome über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten bestehen bleiben. Für die Feststellung von "hoher Wahrscheinlichkeit" ist die Beurteilung von zwei Fachärzten maßgeblich, die einer klinischen Fachrichtung angehören, welche üblicherweise mit der Diagnostik oder Therapie der fraglichen Diagnose befasst sind.

Diese Grenze ist für mich absolut. Ist diese Grenze unterschritten, ist ein lebenswertes Leben für mich nicht mehr denkbar. In diesem Fall gestatte ich - wie im Abschnitt "Palliative Therapie" festgelegt - nur noch eine rein palliative Versorgung unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung.

Sonderbestimmungen bei Demenz

Sollte ich unter Demenz oder einem vergleichbaren Zustand leiden, wünsche ich, dass ich nur so viel Nahrung und Flüssigkeit erhalte, wie ich freiwillig zu mir nehme. Darüberhinaus sollten alle Medikamente abgesetzt werden, es sei denn, diese dienen zur Schmerzlinderung oder -erleichterung.

Demenz oder einen vergleichbaren Zustand mache ich daran fest, dass ich anhaltend nicht in der Lage bin, mir nahestehende Personen zu erkennen (z.B. meine Angehörigen und/oder Freunde), die ich über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr vor der Erkrankung gekannt habe.

In einem späten Stadium der Demenz gestatte ich - wie im Abschnitt "Palliative Therapie" festgelegt - nur noch eine rein palliative Versorgung unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung.

Sollte ich in meiner beeinträchtigten Urteilsfähigkeit eine Willensbekundung machen, die den Festlegungen in dieser Patientenverfügung widersprechen, so darf dies nicht als eine Änderung oder Aufhebung dieser Verfügung interpretiert werden. Dies gilt auch wenn ich von selbst oder auf Befragung diese Patientenverfügung ganz oder teilweise widerrufe.

Sollte Zweifel an meiner vollumfänglichen Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit bestehen, so verlange ich, dass durch Kurzgutachten von einem Neurologen oder Psychologen festgestellt wird, ob ich die notwendige Einsichts- und Urteilsfähigkeit habe um meine Patientenverfügung zu ändern oder zu widerrufen. Sollte dies nicht der Fall sein, so hat es bei den in dieser Patientenverfügung festgelegten Bestimmungen zu verbleiben.

Kommen verschiedene Ärzte zu unterschiedlichen Meinungen bezüglich meiner Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit, so obliegt die Entscheidung darüber bei meiner Vertrauensperson.

Organspende

Sollte es notwendig sein, dass ich ein Spenderorgan erhalten müsse und transplationsfähig wäre, so wäre ich grundsätzlich mit einer Transplantation einverstanden. Ich möchte alle Organe oder Gewebe ohne Einschränkungen empfangen.

Für den Fall, dass ich nach meinem Hirntod als ein Spender von Organen oder Gewebe zur Transplantation in Frage komme, dann gestatte ich dies explizit und vollumfänglich ohne Einschränkungen.

Ich erteile der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) eine vollumfängliche Autorisierung zur Berichterstattung (z.B. Film- und/oder Fotoaufnahmen) für die Öffentlichkeitsarbeit soweit dies gewünscht ist.

Die Entscheidungen zur Organspende sind bindend und dürfen von meinen Angehörigen, Vertrauenspersonen, Betreuern oder Bevollmächtigten nicht widerrufen oder verändert werden.

Sterbeort



Es ist mir nicht wichtig, wo ich sterbe.

Seelsorge und Beistand

Ich wünsche keine Betreuung durch einen Seelsorger.

Ich bitte darum, beim Hospizverein um Beistand für mich nachzusuchen.

Klinische Obduktion

Ich gestatte eine klinische Obduktion.

Sollte am Anfang der Kausalkette ein unnatürliches Ereignis (z.B. ein Unfall) stehen und ich letztlich an einer natürlichen Erkrankung (z.B. an einer Pneumonie) versterben, so ist im Totenschein „unnatürlich“ anzukreuzen und auch die Kriminalpolizei zu informieren. Das fälschliche Ankreuzen einer „natürlichen Todesursache“ ist zumindest eine Ordnungswidrigkeit und kann unter Umständen einen Straftatbestand erfüllen.

Behandelnde(r) Arzt/in

Arzt/Ärztin meines Vertrauens ist:

Peter Musterarzt

Hauptstraße 150, 10827 Berlin, Deutschland

Telefon: +49 30 987654321

Vorerkrankungen

Ich habe keine nennenswerten Vorerkrankungen.

Bei mir wurde eine Magenspiegelung (Gastroskopie) durchgeführt.

Medikamente

Ich nehme keine Blutverdünner, Metformin-/Insulin-Präparate oder Krebsmedikamente.

Allergien

Mir sind zur Zeit keine Allergien bekannt.

Vertrauensperson

Unter der Bedingung, dass die ausgeführten Anweisungen eingehalten werden, bevollmächtige ich gemäß § 1896 Absatz 2 BGB hiermit folgende Vertrauensperson zu meinen Vorsorgebevollmächtigten in allen Angelegenheiten der Gesundheitsorge:

Maria Mustermann

geboren am 2.2.1982 in München, Deutschland

wohnhaft in:

Hauptstraße 15, 10827 Berlin, Deutschland



Telefon: +49 30 123456789

Diese Bevollmächtigung ist an die Erfüllung meiner - in dieser Patientenverfügung festgelegten - Anweisungen gebunden und ist unmittelbar widerrufen, sollte die von mir benannte Vertrauensperson von den Anweisungen abweichen.

Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und sonstige Mitarbeiter von Praxen, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen von Ihrer Schweigepflicht gegenüber der benannten Vertrauensperson. Sie darf und soll alle mich betreffenden Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Die von mir benannte Vertrauensperson darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und sonstige Mitarbeiter von Praxen, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden.

Mir ist bewusst, dass es schwierig ist alle möglichen Situationen, in denen eine Patientenverfügung mit Therapielimitierungen gelten soll, konkret zu erfassen. Sollte eine Situation eintreten, die in dieser Verfügung nicht eindeutig beschrieben ist, liegt die Deutungshoheit meines mutmaßlichen Willens ausschließlich bei der von mir benannten Vertrauensperson.

Die von mir benannte Vertrauensperson darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsversorgung entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen - in dieser Patientenverfügung festgelegten - Willen durchzusetzen.

Die von mir benannte Vertrauensperson darf insbesondere in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff 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 und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Absatz 1 und 2 BGB).

Wertvorstellungen

Sollte eine Situation vorliegen, die von dieser Patientenverfügung nicht konkret erfasst wird, so sollen für die Ermittlung meines mutmaßlichen Willens die nachfolgenden Wertevorstellungen herangezogen werden.

Die Wertevorstellungen habe ich nach der folgenden Skala bewertet:

- sehr wichtig
- wichtig
- unentschlossen
- weniger wichtig
- unwichtig

ohne fremde Hilfe zu leben

sehr wichtig

klar denken zu können

sehr wichtig

niemanden zur Last zu fallen

sehr wichtig

keine Schmerzen zu haben

wichtig

auch bei eingeschränkter Lebensqualität möglichst lange zu leben

unwichtig

nicht in einem Krankenhaus oder Pflegeheim zu sterben

weniger wichtig

nicht alleine zu sterben

unentschlossen

Widerruf und Änderung

Diese Patientenverfügung gilt, bis ich sie widerrufe oder eine andere Patientenverfügung aufsetze.



Wenn ich meine Patientenverfügung nicht schriftlich oder nachweislich mündlich widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in konkreter Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bzw. das Behandlungsteam, meine Vertrauensperson, mein/e 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 Festlegung in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung meiner Vertrauensperson besondere Bedeutung zukommen.



Schlussbestimmungen

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

Für den Fall, dass gegen die in dieser Patientenverfügung festgelegte Bestimmungen verstoßen wird, lehne ich die Bezahlung aller daraus entstehender Kosten ab und untersage auch meinen Vertrauenspersonen, Bevollmächtigten oder Betreuern entsprechende Zahlungen zu leisten.

Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diese Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck nach reiflicher Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts erstellt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.

Sollte sich eine einzelne Bestimmung als rechtsunwirksam oder undurchführbar erweisen, berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen. In diesem Fall soll anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung, so verfahren werden wie es dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung am nächsten kommt.

Unterschrift

Ich habe den Inhalt dieser Patientenverfügung vollständig gelesen und verstanden. Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich die uneingeschränkte Gültigkeit dieser Patientenverfügung.

(Ort, Datum, Unterschrift des Verfassers)

Information und Beratung

Ich habe mich vor der Unterschrift dieser Patientenverfügung informieren und beraten lassen durch:

Ärztliche Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass der o.g. Verfasser zum Zeitpunkt der Unterschrift dieser Patientenverfügung aus meiner ärztlichen Sicht bei klarem Bewusstsein und im vollem Umfang entscheidungs- und einwilligungsfähig war.

(Datum, Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes)



Aktualisierung

Ich habe meine Patientenverfügung überprüft und bestätige ihre Gültigkeit

(Ort, Datum, Unterschrift des Verfassers)

(Ort, Datum, Unterschrift des Verfassers)

(Ort, Datum, Unterschrift des Verfassers)

(Ort, Datum, Unterschrift des Verfassers)

(Ort, Datum, Unterschrift des Verfassers)

Ärztliche Bestätigung der Aktualisierung

Hiermit bestätige ich, dass der o.g. Verfasser zum Zeitpunkt der Aktualisierung dieser Patientenverfügung aus meiner ärztlichen Sicht bei klarem Bewusstsein und im vollem Umfang entscheidungs- und einwilligungsfähig war.

(Datum, Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes)

(Datum, Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes)

(Datum, Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes)

(Datum, Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes)

(Datum, Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes)

