

Name:
Straße / Nr.:
PLZ / Ort:

Patientenverfügung

I. Meine Werte, Wünsche und Hoffnungen

Wenn mein Leben sich dem Ende nähert und ich nicht in der Lage sein sollte, medizinischen Maßnahmen zuzustimmen oder solche abzulehnen, so sollen die mich betreuenden Ärzte, Pflegenden, nächsten Angehörigen und ein evtl. zu bestellender Betreuer meine Wünsche, Werte, Hoffnungen und Verfügungen zur Grundlage ihrer Entscheidungen machen. Sie sollen sich an diesen Werten und Verfügungen orientieren und nicht an dem, was medizinisch und technisch machbar ist. Sie sollen sich auch nicht daran orientieren, was andere Menschen oder was sie selbst für sich in vergleichbaren Situationen wünschen würden. Vor allem wünsche ich, dass natürliche Vorgänge von Sterbeprozessen und unheilbare, zum Tode führende Krankheiten im Endstadium akzeptiert und höher gewertet werden als die technischen Möglichkeiten einer zeitlichen Verlängerung des Lebens.

II. Verfügungen für medizinische Versorgung und Beistand

1. Ich bitte um ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten, solange eine Aussicht auf Heilung besteht oder eine Behandlung chronischer oder schwerer Krankheiten möglich ist, die mir Lebensfreude und Lebensqualität erhält. Ich wünsche auch mit neuen Methoden und Medikamenten behandelt zu werden, die sich noch in der klinischen Erprobung befinden, ich akzeptiere auch fremde Gewebe und Organe.
2. Wenn ich mich aber gemäß übereinstimmender Diagnose von zwei Fachärzten
 - a) im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der unmittelbare Sterbeprozess noch nicht absehbar ist, oder
 - b) wenn ich geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin, wo ich bin und Familie und Freunde nicht mehr erkenne z.B. aufgrund eines weit fortgeschrittenen Hinrabbauprozesses infolge einer Demenzerkrankung, oder
 - c) wenn ich längere Zeit bewusstlos bin, oder
 - d) wenn ich an unerträglichen Schmerzen leide,

dann verlange ich, dass alle medizinischen Maßnahmen unterbleiben, die mich am Sterben hindern. Sollte eine dieser Situationen eintreten, so bitte ich um mitmenschlichen und pflegerischen Beistand und darum, dass nichts gegen den Lauf der Natur des Sterbeprozesses und das Verlöschen meines Lebens unternommen wird, also die Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch möglicherweise Leiden unnötig verlängern würden. Gleichzeitig bitte ich aber, alle Möglichkeiten der modernen Schmerztherapie auszuschöpfen und dafür zu sorgen, dass ich ohne körperliche und seelische Schmerzen und Leiden bin. Wenn möglich, möchte ich in einer mir vertrauten Umgebung meine letzten Tage und Stunden verbringen.

Ich stehe für eine Organspende nicht zur Verfügung / **zur Verfügung.**

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Gehirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür kurzfristig zur Erhaltung der Lebensfunktionen ärztliche Maßnahmen durchgeführt oder aufrechterhalten werden, dann geht meine Bereitschaft zur Organspende bis dahin vor.

3. Insbesondere treffe ich folgende Verfügungen:

(A) Schmerztherapie: Ich wünsche eine wirksame Behandlung gegen quälende Zustände wie Atemnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Übelkeit und Erbrechen,

- a) auch wenn ich durch die Behandlung müde und schläfrig werde,
- b) auch wenn starke Betäubungsmittel erforderlich sind, durch die ich, vergleichbar einer Narkose, das Bewusstsein verliere.

Die Möglichkeit der Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

(B) Künstliche Beatmung und Ernährung: Ich wünsche, dass künstliche Beatmung, Ernährung und Flüssigkeitszufuhr (weder durch Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke, noch über eine Vene) nicht begonnen oder fortgesetzt werden, allerdings lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls vorgenommen werden sollen, wenn ich

- a) wegen unwirksamer Schmerztherapie an unerträglichen Schmerzen leide,

- b) geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin, wo ich bin und Freunde und Familie nicht mehr erkenne,
- c) länger als ein halbes Jahr bewusstlos bin, auch wenn der Tod nicht unmittelbar bevorsteht (z. B. Komafälle)
- d) mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, auch wenn der unmittelbare Sterbeprozess noch nicht absehbar ist.

(C) Wiederbelebung: Im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes wünsche ich Maßnahmen zur Wiederbelebung, **nicht jedoch, wenn**

- a) ich an einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit im Endstadium leide, oder
- b) ich geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin, wo ich bin und Freunde und Familie nicht mehr erkenne, oder
- c) mit großer Wahrscheinlichkeit durch dauerhafte Schädigungen des Gehirns völlige Hilflosigkeit und Unfähigkeit zur Kommunikation zu befürchten sind.

III. Bestätigung und Unterschrift

Ich bestätige die hier geäußerten Wünsche, Werte und Verfügungen. Ich habe die Absicht, diese Festlegungen von Zeit zu Zeit zu überprüfen und, falls sie nicht mehr meinen Wünschen und Werten entsprechen, auch zu ändern, wobei diese Änderung auch ohne notarielle Beglaubigung Gültigkeit entfalten soll. Solange ich jedoch keine Änderungen vorgenommen habe, ist dies der letzte und endgültige Ausdruck meines Willens.

IV. Hinweis auf Vorsorgevollmacht

Frau/Herrn _____ geb. am _____ ,
wohnhaft _____
habe ich Vorsorgevollmacht auch für Gesundheitsangelegenheiten erteilt. Ich bitte,
Frau/Herrn _____ Bedarfsfall sofort zu benachrichtigen
(Telefon Nr. _____).

Plön, den _____

Ich beglaubige vorstehende, vor mir vollzogene Unterschrift de mir von Person bekannten
Frau/Herrn , geb. , geb. am
wohnhaft

Eine zweifelsfreie Identifikation erfolgte bereits bei früherer Gelegenheit.

Eine Vorbefassung im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 BeurkG wurde auf Nachfrage
verneint.

D Erschienene ist damit einverstanden, dass der Notar im erforderlichen Umfange Daten
aus dieser Urkunde zu Zwecken, die dieser Urkunde dienen, in einer automatisierten Datei
speichert. Rechtsgrundlage hierfür ist § 11 LDSG Schleswig-Holstein. Eine
Datenübermittlung an Dritte erfolgt ausschließlich auf Antrag de Beteiligten bzw. aufgrund
gesetzlicher Vorschriften.

Plön, den

Notar