

Patientenverfügung

(nach den Empfehlungen der Broschüre „Patientenverfügung“, Stand Januar 2023, des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz)

Ich, Humpel Manuela 18.06.1970
Name Vorname geboren am
Schillerstraße 41 27472 Cuxhaven
Straße / Hausnummer PLZ Ort

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

1. Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn

- ☒ ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde,
- ☐ ich 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 (können namentlich benannt werden) 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. (5)
- ☒ ich 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 zu nehmen. (6)
- ☐ Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

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

Beispiele: Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma ohne Besserung nach – Wochen oder Monaten / Es sind schwere Dauerschäden und / oder Schwerstpflegebedürftigkeit absehbar / nach – Tagen Bewusstlosigkeit ohne Anzeichen der geistigen (zerebralen) Erholung usw.

M. Humpel

2. Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

2.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- ☐ dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.
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 das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome. (7)

2.2 Schmerz- und Symptombehandlung (8)

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

- ☐ aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.
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.

2.3 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr (9)

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- ☐ dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.
oder
- ☐ dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativ medizinischer Indikation (10) zur Beschwerdelinderung erfolgen bzw. erfolgt.
oder
- ☒ dass keine künstliche Ernährung, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

2.4 Wiederbelebung (11)

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- ☒ Versuche der Wiederbelebung.
oder
- ☐ die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.
- ☐ dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung, unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebensmaßnahmen informiert wird.

- B. Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens
- ☐ lehne ich Wiederbelebensmaßnahmen ab.
oder
- ☒ lehne ich Wiederbelebensmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z.B. Operationen) unerwartet eintreten.

2.5 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.

2.6 Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- ☐ eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.
oder
- ☒ dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

2.7 Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- ☐ Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.
oder
- ☒ Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation (10) zur Beschwerdelinderung.
oder
- ☐ keine Antibiotika.

2.8 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 bei palliativmedizinischer Indikation (10) zur Beschwerdelinderung.
oder
- ☒ keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

3. Weitere Verfügungen

3.1 Gewünschter Aufenthaltsort zum Lebensende

Ich möchte

- ☒ wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- ☐ zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.
- ☐ wenn möglich in einem Hospiz sterben.
- ☐ bei Komplikationen am Lebensende in ein Krankenhaus verlegt werden.

Ich möchte Beistand durch ...

- ☒ eine/n Vertreter/in folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

Pastor Münchhausen

- ☐ hospizlichen Beistand:

- ☒ folgende Personen:

Erika Hübsch

3.2 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

Erika Hübsch

3.3 Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

- ☒ Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen, soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) – z.B. Bevollmächtigte(r) / Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille 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 Lebens- und Behandlungssituationen, 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. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche / pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen:

- ☐ 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 Ärztinnen und Ärzte / das Behandlungsteam / mein(e) Bevollmächtigte(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. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen:

- meiner/meinem Bevollmächtigten
- meiner Betreuerin/meinem Betreuer
- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt
- oder

Name, Vorname: Hübsch, Erika

Anschrift: Schillerstraße 41 27472 Cuxhaven

Tel.: / E-Mail: 0151-67348909

4. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

- ☒ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Bevollmächtigte(r)

Name, Vorname: Hübsch, Erika

Anschrift: Schillerstraße 41 27472 Cuxhaven

Tel.: / E-Mail: 0151-67348909

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel.: / E-Mail: _____

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

Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel.: / E-Mail: _____

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel.: / E-Mail: _____

Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- ☐ Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.
- ☐ Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

5. Organspende

- ☐ Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (12) (ggf.: 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 (Alternativen) (13)
Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt erkläre ich:

- ☐ Ja, ich gestatte, dass nach ärztlicher Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.
- ☐ Ja, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgende Organe/Gewebe:

- ☐ Ja, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

- ☐ Nein, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

- ☐ geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
- ☐ gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.
oder

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

6. Schlussformel

- ☒ Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung. (11)

7. 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.

8. Gesundheitsstatus

Hausarzt / Behandelnder Arzt

Name, Vorname: Theodora Einstein

Anschrift: Zum Glücksweg 1 24689 Friedendorf

Tel.: 01234-891011

Erkrankungen/Beschwerden (z.B. Asthma, Blutdruck, Diabetes.....)

G45.02, I10.0, E78.1

10. Blutgruppe

Meine Blutgruppe: B+

11. Medikamente

Medikamente/Dosierung

Medikament	Dosierung	Medikament	Dosierung
15577596	100mg Mittags	01035874	0,2mg Morgens
01970060	20mg Abends		0,2mg Abends
01983625	5mg Mittags, 5mg Nachts	07018606	5mg Morgens
		01035874	25mg Mittags

13. Allergien

Allergische Reaktionen

Medikament	Lebensmittel	Sonstiges	Art der allergischen Reaktion

14. Schwere oder erwähnenswerte Erkrankungen

Erkrankung	Schwere der Erkrankung	seit wann?	Medikamente

15. Meine Vorstellungen zu einem lebenswerten Leben

und was mir sonst noch wichtig ist

(z.B. Religiöse oder weltanschauliche Grundsätze / Wertvorstellungen / Beziehungen zu anderen Menschen / sonstige Überlegungen / Ängste / Hoffnungen)

Ich habe Angst, als Pflegefall nur noch an Maschinen am Leben teilhaben zu können.

16. Information

- ☒ Ich bin über die Notwendigkeit einer Patientenverfügung informiert worden vom Renten-Kompetenzcenter Max Muster, Musterstr. 11, 27472 Cuxhaven worden.
- ☒ Ich habe die Broschüre „Betreuungsrecht“ erhalten

17. Ärztliche Aufklärung

(nicht verpflichtend, nur vom Arzt, der Ärztin auszufüllen)

Herr/ Frau Manuela Humpel

wurde von mir am 25.07.2024

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Ort, Datum J. Gmzler 25.07.2024

Unterschrift, Stempel Arzt/ Ärztin

18. Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

(Von der Gemeinde zu bestätigen)

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Ort, Datum _____

Unterschrift, Stempel der Gemeinde

19. Aktualisierung

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

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend in vollem Umfang.

Ort: Cuxhaven Datum: 26.07.2024

Unterschrift: M. Humpl

Bitte diese Vollmacht auf jeder Seite Signieren