

# PATIENTENVERFÜGUNG | CONTRA VITA

(Wunsch nach Behandlungsabbruch bei ungünstigen Behandlungsprognosen)

Sollte ich (Vollmachtgeber)

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinsminderung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände vorübergehend oder dauerhaft nicht mehr in der Lage sein, meinen Willen zu äußern, bevollmächtige ich hiermit:

Frau/Herrn: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

mich in allen medizinischen Angelegenheiten zu vertreten.

Mein Bevollmächtigter darf in sämtliche Maßnahmen zur Diagnose und Behandlung einer Krankheit einwilligen, die Einwilligung hierzu verweigern oder zurücknehmen, Krankenunterlagen einsehen und in deren Herausgabe an Dritte einwilligen. Zu diesem Zweck entbinde ich die mich behandelnden Ärzte und deren nichtärztliche Mitarbeiter gegenüber meinem Bevollmächtigten von der Schweigepflicht. Die Entscheidungen meines Bevollmächtigten sind für die behandelnden Ärzte verbindlich. Diese Vollmacht ist jederzeit ohne besondere Form widerruflich.

Sofern ich außerstande bin, meinen Willen zu äußern, und der benannte Bevollmächtigte verhindert ist, verfüge ich, nachdem ich mich über die medizinische Situation und die rechtliche Beurteilung eines Aufklärungsverzichts eingehend informiert habe:

Die Anwendung lebensverlängernder Maßnahmen, insbesondere Operationen, künstliche Beatmung und Ernährung einschließlich der Magensonde und Aufrechterhaltung der Gehirntätigkeit, soll unterbleiben, wenn zwei Ärzte unabhängig voneinander festgestellt haben,

- bitte Gewünschtes ankreuzen und Ungewünschtes streichen -

- dass ich mich unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, bei dem jede lebenserhaltende Therapie das Sterben oder das Leiden ohne Aussicht auf Besserung verlängern würde, oder

- dass ich ohne Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins in einem Koma liege, oder,
- dass mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Dauerschädigung des Gehirns eintritt, oder
- dass es zu einem nicht behandelbaren, dauernden Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt.

Behandlung und Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Schmerzen, Unruhe und Angst gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendige Schmerzbehandlung eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist. Ich möchte in Würde und Frieden sterben können, nach Möglichkeit in meiner vertrauten Umgebung. Ich wünsche mir seelsorgerische Begleitung durch:

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

wohnhaf in: \_\_\_\_\_

Bitte verständigen Sie:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

um mir persönlichen Beistand zu leisten.

Die in dieser Verfügung getroffenen Entscheidungen erfolgten nach eingehender und reiflicher Überlegung und stellen meine generelle ethische Grundeinstellung zu Fragen eines Behandlungsabbruchs dar. In einer konkreten Situation, in der über einen Abbruch der an mir vorgenommenen Heilmaßnahmen zu entscheiden ist, bitte ich meine behandelnden Ärzte, diese Patientenverfügung als verbindlich anzunehmen und entsprechend meinem Willen zu verfahren. Eine andere Entscheidung als die hier zum Ausdruck gebrachte kommt für mich nicht in Frage.

