

Meine Patientenverfügung

erstellt am 05. August 2024, jederzeit abrufbar unter abruf.dipat.de
Abrufcode: A12-C34-D56

Ich,

Susanne Muster

geboren am 01.08.1960,
wohnhaft in Musterstraße 123, 12345 Musterstadt, Deutschland

errichte im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und nach ausführlicher Aufklärung über die medizinischen Hintergründe und Tragweite meiner Entscheidungen diese Verfügung. Sie gilt in Situationen, in denen ich meinen Behandlungswillen aus gesundheitlichen Gründen nicht bilden oder ausdrücken kann.

Aktuelle Lebenssituation

Diese Verfügung habe ich verfasst, da ich wahrscheinlich bald darauf angewiesen sein werde. Bei Erstellung dieser Verfügung bin ich bereits häufig und/oder chronisch krank.

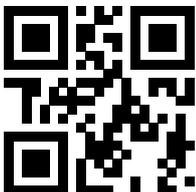
Grundsatzbestimmungen

Vorrangig vor und uneingeschränkt von allen nachfolgenden Bestimmungen erkläre bzw. gestatte ich:

- Absolut keine Krankenhauseinlieferung mehr im Falle meines baldigen Versterbens
- Intensivstation zu keiner Zeit
- Reanimation unter keinen Umständen.

Reanimation

Ich möchte auf keinen Fall wiederbelebt werden.



Patientenverfügung von: Susanne Muster
geboren am: 01. August 1960
erstellt am: 05. August 2024
Abrufcode: A12-C34-D56

Einzelne Therapie- und Diagnoseverfahren

Folgenden Therapie- oder Diagnoseverfahren WIDERSPRECHE ich unabhängig von Indikation oder Kontext unter allen Umständen. Dabei nehme ich bewusst in Kauf, dass diese Entscheidungen gegebenenfalls mein unmittelbares Versterben bedeuten:

- Der Behandlung auf einer Intensivstation oder IMC
- Einer enteralen Ernährung mittels Magen- oder Duodenalsonde
- Der Durchführung einer Dialyse oder Hämofiltration
- Einer Gastroskopie, ÖGD oder ERCP und vergleichbarer Verfahren
- Einer Koloskopie
- Einer PEG- oder ÖGD-Sonden Einlage
- Einem Herzkatheter

Folgenden Therapie- oder Diagnoseverfahren STIMME ICH ZU, sofern keine der unten genannten diagnose-, symptom- oder lebensqualitätbezogenen Therapiegrenzen überschritten ist:

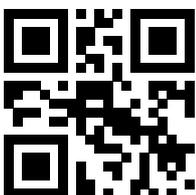
- Der Anlage zentralvenöser Katheter (ZVK, Shaldon u.a.)
- Einer Bluttransfusion (Verabreichung von Blutzellen)
- Einem Pacemaker/ICD

Absolute Therapiegrenze

Sind die von mir in dieser Verfügung gesetzten Zustimmungsgrenzen überschritten (siehe Abschnitte: Grenzüberschreitende Symptome, grenzüberschreitende Diagnosen, notwendige minimale Lebensqualität), gestatte ich ausschließlich nur noch solche Maßnahmen, die der unmittelbaren Linderung von Schmerzen, Angst und Übelkeit dienen (ausschließlich Palliativtherapie). Allen anderen Maßnahmen widerspreche ich ausdrücklich. Insbesondere wünsche ich dann:

- Keine antiinfektive Behandlung (Antibiotika, Antimykotika und/oder Virustatika)
- Keine Intensivstation
- Keine Reanimation
- Keine maschinelle Beatmung
- Keine parenterale oder Sondennahrung
- Keine kontinuierliche Katecholamininfusion
- Keine Hämodialyse/-Hämofiltration
- Keinerlei invasive Diagnostik oder Therapie inkl. Operationen & Folgeoperationen (Second-Looks)

Sollten genannte Maßnahmen bereits eingeleitet bzw. durchgeführt worden sein, verlange ich deren Absetzung bzw. jede Unterlassung einer Wiederholung. Falls dies rechtlich nicht zulässig sein sollte, wünsche ich deren maximale Reduktion. Hinsichtlich einer bereits begonnenen maschinellen Beatmung verstehe ich hierunter zumindest: $FiO_2 = 0.21$ und $PEEP \leq 5$ mbar. Dies entspricht einer weitgehend selbstständigen Lungenfunktion. Ich nehme ausdrücklich in Kauf, dass solch ein Therapieabbruch oder eine Therapiereduktion meinen Tod unmittelbar nach sich ziehen kann.



Patientenverfügung von: Susanne Muster
geboren am: 01. August 1960
erstellt am: 05. August 2024
Abrufcode: A12-C34-D56

Grenzüberschreitende Diagnosen

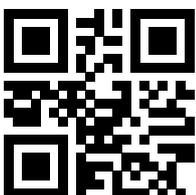
Beim Vorliegen einer der folgenden Diagnosen gilt oben beschriebene absolute Therapiegrenze. Bei diesen Krankheiten ist es unerheblich, welcher Pathogenese sie sind und ob grundsätzlich eine Aussicht auf relative Besserung besteht. Nach meiner Überzeugung ist auch im besten Falle mit keinem Verlauf zu rechnen, der für mich noch akzeptable Lebensqualität bedeuten würde. Bestehen Zweifel über das Vorliegen einer Diagnose, so soll die Beurteilung zweier Fachärzte maßgeblich sein, die einer klinischen Fachrichtung angehören, welche üblicherweise mit Diagnostik und Therapie der fraglichen Diagnosen befasst ist:

- Apallisches Syndrom (Wachkoma)
- Locked-In-Syndrom
- Hirnschaden (z.B. in Folge Infarkt oder Blutung) mit NIHSS >15 über mind. 48 Stunden
- Demenz (siehe zusätzlich nachfolgende Sonderbestimmungen)
- Maligner Hirntumor
- Anderen metastasierten Krebserkrankungen mit Manifestationen in: Gallenblase, Bauchspeicheldrüse, Lunge, Knochen, Haut.

Grenzüberschreitende Symptome

Die oben genannte absolute Therapiegrenze gilt zudem, wenn nachfolgende Symptome mit den genannten Zusatzbedingungen bei mir vorliegen. Bestehen Zweifel über das Vorliegen dieser Symptome, so soll für deren Einschätzung die Beurteilung zweier Fachärzte maßgeblich sein, die einer klinischen Fachrichtung angehören, welche üblicherweise mit Diagnostik und Therapie der fraglichen Beschwerden befasst ist:

- Bei Zustand nach Reanimation anhaltende Bewusstlosigkeit noch nach 4 Tagen mit im Verlauf oder initial wenigstens wahrscheinlicher cerebraler Ischämie über 6 Minuten
- Tetraplegie seit mehr als 7 Tagen, die nicht als höchstwahrscheinlich passager betrachtet werden muss (z.B. infolge Guillain-Barré-Erkrankung)
- Sensorische oder globale Aphasie, für die nicht eine psychiatrische Erkrankung als kausal zu betrachten ist und bei der keine Lesefähigkeit mehr erhalten ist
- Taub-Blindheit mit nicht sicher wenigstens nahezu vollständig reversiblen Befund



Patientenverfügung von: Susanne Muster
geboren am: 01. August 1960
erstellt am: 05. August 2024
Abrufcode: A12-C34-D56

Notwendige minimale Lebensqualität

Falls Behandlungssituationen vorliegen, die von meinen bisherigen Aufzählungen nicht erfasst sind, sollen für die ärztliche Ermittlung meines mutmaßlichen Willens die nachfolgenden Grenzziehungen gelten. Die genannten Minima an Lebensqualität sind für mich absolut. Sind sie unterschritten, ist für mich kein lebenswertes Leben mehr erreichbar. Dies ist der Fall, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass die genannten Symptome über einen Zeitraum von mindestens zwölf Monaten bestehen bleiben. Für die Feststellung einer "hohen Wahrscheinlichkeit" soll in Zweifelsfällen die Beurteilung zweier Fachärzte maßgeblich sein, die einer klinischen Fachrichtung angehören, welche üblicherweise mit Diagnostik und Therapie der fraglichen Beschwerden befasst ist. Liegt eine hohe Wahrscheinlichkeit in diesem Sinne vor, gelten für alle bereits getroffenen oder erwogenen weiteren Maßnahmen die in dieser Patientenverfügung genannten "absoluten Therapiegrenzen". Ein notwendiges Minimum an Lebensqualität ist für mich unterschritten, wenn:

- Eine Pflegebedürftigkeit besteht die über leichte Alltagshilfe (Einkauf, Kochen, Anreichen beim Waschen) hinausgeht.
- Mein Sprachvermögen wesentlich eingeschränkt ist und ich daher nicht mehr in der Lage bin, selbstständig ein alltägliches Telefonat zu führen.
- Ich voraussichtlich nicht mehr lesen kann.
- Mein Hörvermögen so stark eingeschränkt ist, dass auch mit technischen Hilfsmitteln kein Sprachverständnis mehr hergestellt werden kann.
- Meine Mobilität so stark eingeschränkt ist, dass ich auf Gehstützen angewiesen bin.

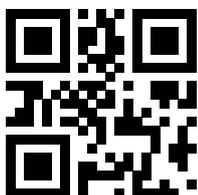
Sterbehilfe

Sterbehilfe kommt in keiner Form für mich in Frage.

Organspende

Ich gestatte ausschließlich die Entnahme der folgenden Organe zur Transplantation:

- Hornhaut
- Herz
- Lunge
- Pankreas (Bauchspeicheldrüse)
- Nieren
- Darm



Patientenverfügung von: Susanne Muster
geboren am: 01. August 1960
erstellt am: 05. August 2024
Abrufcode: A12-C34-D56

Klinische Obduktion

Ich gestatte eine klinische Obduktion.

Aktuelle Gesundheitssituation

In meinem aktuellen Gesundheitszustand bin ich im Alltag regelmäßig auf pflegerische Unterstützung angewiesen.

Bei mir bestehen folgende Einschränkungen:

- Gesetzlicher Pflegegrad 3 oder höher
- Barthel-Index: 35 (von 100) Punkten

Gemäß Barthel-Index bewerte ich meine aktuelle Pflegebedürftigkeit mit 35 (von 100) Punkten (Essen: 5, Aufsetzen & Umsetzen: 10, Körperpflege: 5, Baden/Duschen: 5, Selbstständiges Gehen / Mobilität: 5, Stuhlkontinenz: 5).

Vorerkrankungen & Medikamente

Ich leide meines Wissens nicht an einer Form von Krebs, Gefäßerkrankung (Arteriosklerose), Hereditären (Erb-) oder neurodegenerativen Erkrankung. Auch eine Infektion mit chronischer Hepatitis, HIV oder Tuberkulose oder Raucherhusten sind mir nicht bekannt.

Allergien gegen die folgenden Substanzen sind bei mir bekannt:

- Medikamente
- Hausstaub

Nähere Bezeichnung:

Penicillin

Folgende Medikamente nehme ich regelmäßig ein/ habe ich bis in den letzten 3 Jahren eingenommen:

- Plavix

Mein behandelnder Arzt/Ärztin ist:

Herr Dr. Max Mustermann

Musterstraße 123

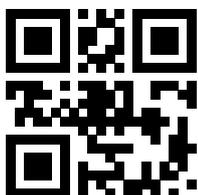
12345 Musterstadt

Telefon: 1234/567890

E-Mail: max.mustermann@muster.de

Behandlungsgebiet bzw. Fachrichtung:

Allgemeinmedizin



Patientenverfügung von: Susanne Muster

geboren am: 01. August 1960

erstellt am: 05. August 2024

Abrufcode: A12-C34-D56

Künftige Betreuung & Pflege

Durch folgende Institutionen bzw. Organisationen würde ich Unterstützung & pflegerische Betreuung zulassen:

- Ambulante Pflege
- Pflege- oder Altersheim

Ich möchte so lange wie möglich in meinem gewohnten Zuhause leben.

Bei der Wahl des Wohnortes für meine Pflege lege ich Wert auf:

- die Mitnahme meines Haustieres

Ich bevorzuge ein Einzelzimmer.

Diese Institution bevorzuge ich:

Pflegedienst Müller

Diese Institution lehne ich ab:

Pflegedienst Meier

Von folgenden Personen lehne ich jegliche Unterstützung und Pflege ab:

Meine Geschwister

Auskunfts berechtigte

Folgende Person(en) bitte ich über meine Behandlungssituation zu informieren. Ich entbinde alle Behandelnden ihnen gegenüber von der Schweigepflicht. Diese Auskunftsberechtigung umfasst jedoch keine Entscheidungsbefugnis oder Bevollmächtigung.

Herr Peter Muster

Musterstraße 456

12345 Musterstadt

E-Mail: peter.muster@muster.de

Beziehung/Verwandtschaft zur Person: Ehemann

Betreuungsverfügung

Sofern durch gerichtlichen Beschluss ein gesetzlicher Betreuer für mich bestellt wird, wünsche ich die Einsetzung der folgenden Person:

Herr Mario Muster

Musterstraße 78

12345 Musterstadt

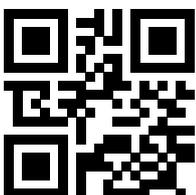
Telefon: 070081081080

E-Mail: mario.muster@muster.de

Beziehung/Verwandtschaft zur Person: Sohn

Unter KEINEN Umständen als Betreuer bestellt werden soll(en):

1. Petra (meine Schwester)
2. Gerd (mein Bruder)



Patientenverfügung von: Susanne Muster

geboren am: 01. August 1960

erstellt am: 05. August 2024

Abrufcode: A12-C34-D56

Sonderbestimmungen Demenz

Die festgelegten Therapie-/Pflegegrenzen gelten insbesondere auch, wenn ich mich im Zustand der Demenz oder eines vergleichbaren Prozesses befinde. In diesem Zustand möchte ich lediglich so viel Nahrung und Flüssigkeit zu mir nehmen, wie ich mit Anreicherung freiwillig zu mir nehme. Medikamente sind bis auf Analgesie abzusetzen. Ich mache die Demenz daran fest, dass ich nahestehende Personen dauerhaft nicht wiedererkenne. Als solche verstehe ich Lebenspartner, Angehörige und Menschen, die ich wenigstens ein Jahr vor Beginn meiner Erkrankung gekannt habe. Im späten Zustand der Demenz kann ein von mir geäußertes Wille dieser weitreichenden und schwerwiegenden Festlegung scheinbar widersprechen. Da im Falle einer Demenzerkrankung aber meine Urteilsfähigkeit schwerwiegend beeinträchtigt ist, dürfen mögliche dann anderslautende, mit dieser Verfügung nicht zu vereinbarende Bekundungen nicht als Aufhebung meiner Verfügungen interpretiert werden.

Schlussbestimmungen

Alle Bestimmungen dieser Patientenverfügung sind nach geltendem Recht zulässig. Sie sind gemäß Patientenverfügungsgesetz zudem für jedermann rechtsverbindlich. Eine Missachtung meiner Patientenverfügung kann als Körperverletzung strafbar sein. Falls gegen meine Festlegungen verstoßen wird, lehne ich die Bezahlung aller daraus entstehenden Kosten ab und untersage auch Bevollmächtigten oder Betreuern entsprechende Bezahlung.

Bei Änderung der Rechtslage sollen meine Bestimmungen sinngemäß umgesetzt werden.

Persönliche Erklärung

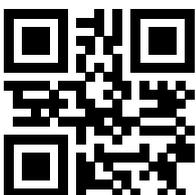
Ich bitte bei schwerer Krankheit um seelsorgerischen Beistand eines protestantischen Geistlichen.

Unterschrift

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

Musterstadt, 05.08.2024

Unterschrift Susanne Muster



Patientenverfügung von: Susanne Muster
geboren am: 01. August 1960
erstellt am: 05. August 2024
Abrufcode: A12-C34-D56