

# Meine Patientenverfügung

erstellt am 12. September 2019, jederzeit abrufbar unter [abruf.dipat.de](http://abruf.dipat.de)  
Abrufcode: A86...

---

Ich,

## **Bernd M**

geboren am .....1954, Str. 29, ..... Best.

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, um im Falle einer Krankheit oder eines Unfalls meinen Behandlungswunsch vorsorglich geäußert zu haben.

Bei Erstellung dieser Verfügung befinde ich mich bei guter Gesundheit.

### **Grundsatzbestimmungen**

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

- Ich bevorzuge es in meiner gewohnten Umgebung zu sterben.
- Reanimation nur eingeschränkt (siehe unten)

### **Reanimation**

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

- Bei seit mindestens 10 Minuten bestehendem Kreislaufstillstand ohne gesicherte durchgehende Thoraxkompression (i.S. suffizienter HLW-/BLS-Maßnahmen).

### **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:

- Einem Kunstherz
- Einem Herzkatheter
- Einem Pacemaker/ICD
- Einer Darmteilresektion bei Mesenterialischämie

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

- Der Durchführung einer Tracheotomie (Luftröhrenschnitt)
- Einer enteralen Ernährung mittels Magen- oder Duodenalsonde
- Der Anlage zentralvenöser Katheter (ZVK, Shaldon u.a.)
- Der Durchführung einer Dialyse oder Hämofiltration
- Einer Bluttransfusion (Verabreichung von Blutzellen)
- Einer Gastroskopie, ÖGD oder ERCP und vergleichbarer Verfahren
- Einer Koloskopie
- Einer PEG- oder ÖGD-Sonden Einlage
- Einer ECMO/ECLA oder vergleichbarer extrakorporaler Oxygenierung

### **Erhalt von Spenderorganen**

Ich lehne den Erhalt jeder Art von Spenderorgan ab, auch wenn dies mit hoher Wahrscheinlichkeit meinen unmittelbaren Tod zur Folge hätte. Dies gilt unabhängig davon, ob eine Transplantation aus der Sicht der behandelnden Ärzte vielversprechend wäre.

### **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.

### **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)
- Demenz (siehe zusätzlich nachfolgende Sonderbestimmungen)
- Koma (GCS < 8) mit einer Mindestdauer von 6h mit/bei dekompensiertem Leberschaden
- 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
- Hochgradige Herzinsuffizienz (EF < 20%) und/oder hochgradiges Herzklappenitium, die/das ausschließlich operativ behandelt werden könnte
- 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

## **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 auch nur merklich eingeschränkt ist, so dass dies bei einem alltäglichen Gespräch dem Unvoreingenommenen spontan auffallen muss.
- Ich voraussichtlich nicht mehr lesen kann.
- Beidseitige Taubheit besteht.
- Meine Mobilität so stark eingeschränkt ist, dass ich auf Gehstützen angewiesen bin.

## **Sterbehilfe**

Ich bitte Ärzte und Pfleger, ihre sämtlichen Bemühungen nach Überschreiten meiner persönlichen Therapiegrenzen jeweils soweit wie gesetzlich zulässig auf eine Sterbehilfe auszurichten. Hierunter verstehe ich jederzeitige maximale Linderung meiner Beschwerden (insbesondere Übelkeit, Schmerzen, Atemnot) bei gleichzeitigem Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen (insbesondere Sonden- oder parenterale Ernährung, Beatmung, Reanimation, kontinuierliche Katecholamininfusion oder jedwede Operationen) unter Inkaufnahme eines eventuell früheren Todeseintrittes.

---

**Organspende**

Nach meinem Tod dürfen keine Organe für Transplantationszwecke entnommen werden.

**Klinische Obduktion**

Ich gestatte eine klinische Obduktion.

**Aktuelle Gesundheitssituation**

In meinem aktuellen Gesundheitszustand bin ich im Alltag vollkommen selbstständig.

**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.

Bei mir sind keinerlei Allergien bekannt.

Ich nehme keine Blutverdünner, Metformin-/Insulin-Präparate oder Krebsmedikamente (Chemotherapeutika) ein.

Mein behandelnder Arzt/Ärztin ist:

Frau Dr. Kathrin M.

Str. 3

..... Best.

+49 33... ..

...@...de

Behandlungsgebiet bzw. Fachrichtung:

Allgemein

**Künftige Betreuung & Pflege**

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

- Ambulante Pflege

**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.

### **Auskunftsberechtigte (Fortsetzung)**

Frau M.

Beziehung/Verwandschaft zur Person: Partner

Frau S.

Faaßweg 5

Beziehung/Verwandschaft zur Person: Tochter

Frau K.

Stierstr. 4

Beziehung/Verwandschaft zur Person: Tochter

### **Betreuungsverfügung**

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

Frau M.

Partner

Sollte die oben benannte Person nicht zur Verfügung stehen bestimmte ich folgende erste Ersatz-Person für die Bestellung:

Frau K.

Tochter

Sollten beide benannten Personen nicht zur Verfügung stehen bestimmte ich folgende zweite Ersatz-Person für die Bestellung:

Frau S.

Tochter

---

### **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**

Folgende Behandlungen dürfen in keinem Fall durchgeführt werden: - Impfungen jeder Art, auch Tetanus - Antibiotikabehandlungen; bei Erfordernis als Alternative eine Vitamin-C-Hochdosis-Infusionstherapie (bis 150 g Natriumascorbat)

### **Ärztliche Bestätigung**

Als behandelnder Arzt bestätige ich: Der Verfasser dieser Patientenverfügung ist mir persönlich und mit seiner Krankengeschichte bekannt. Er ist sich des Inhaltes seiner Verfügung und der Tragweite aller Festlegungen vollumfänglich bewusst und über diese aufgeklärt. An seiner ausreichenden und ungestörten Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit im Moment der Errichtung seiner Verfügung besteht aus meiner ärztlichen Sicht kein Zweifel.

Ort, Datum, Unterschrift + Stempel

**Unterschrift**

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

Best..., 12.09.2019

Unterschrift Bernd M.