

PATIENTENVERFÜGUNG

Persönliche Daten

Familienname: _____ Geburtsname: _____

Vorname _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

PLZ / Wohnort: _____

Straße: _____

Tel.-Nr. _____

Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und im Bewusstsein der sich eventuell daraus ergebenden Konsequenzen gebe ich nach reiflicher Überlegung die nachstehende Erklärung ab, die unbegrenzt Gültigkeit behalten soll, bis sie von mir geändert oder widerrufen wird. Ich verpflichte meine mich behandelnden Ärzte sowie die als Bevollmächtigte oder Betreuer eingesetzten Vertreter zu Entscheidungen im Rahmen dieser Erklärung.

Präambel

Voraussetzung für die Gültigkeit:

1. wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im Sterbeprozess befinde
2. wenn ich an einer unheilbaren Krankheit leide, die nach Einschätzung zweier Ärzte in absehbarer Zeit zum Tode führt und wenn keine hinreichend deutlichen Anzeichen von Lebenswillen bei mir erkennbar sind.
3. wenn ich dauerhaft in einen komatösen Zustand verfallen sollte und / oder durch andere krankheits- oder unfallbedingte Ursachen meine Fähigkeiten verloren habe, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Ich erwarte zunächst, dass mein Bevollmächtigter oder Betreuer und der Arzt eingehend prüfen, ob ich seit der Unterzeichnung der Verfügung meinen Willen geändert habe. Dazu sollen folgende Personen befragt werden, soweit dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist:

Angehörige: _____

Zusätzliche Person: _____

Pflegekraft: _____

Wenn es bei der Überprüfung keinen Hinweis auf eine Willensänderung bei mir gegeben hat, soll palliativmedizinische Behandlung das Ziel ärztlicher Behandlungen bei mir sein.

Alle Maßnahmen, die geeignet sein können, meine Leiden zu lindern und meine Lebensqualität zu erhalten bzw. zu verbessern, sollen von meinem Bevollmächtigten oder Betreuer zusammen mit meinem Arzt entschieden werden. Dabei soll es keine Rolle spielen, ob die einzelne Maßnahme als Nebenwirkung mein Leben verkürzen könnte. Alle Maßnahmen, die mein Stellvertreter gemäß meinen obigen Vorgaben ergreift, entsprechen meinem Willen.

1. Lebenserhaltende Maßnahmen

In den in der Präambel beschriebenen Situationen wünsche ich, dass alle lebenserhaltenden bzw. lebensverlängernden Maßnahmen unterlassen werden. Lediglich Hunger und Durst sollte auf natürliche Weise gestillt werden. Alle künstlichen Interventionen sind zu unterlassen.

2. Schmerztherapie

Im Falle des Eintritts einer der in der Präambel beschriebenen Situation wünsche ich eine umfassende und fachgerechte Schmerz- und Symptomtherapie ohne Rücksicht auf eventuelle Nebenwirkungen. Sollte die Schmerzsituation für mich unerträglich sein, nehme ich für mich die ‚Palliative Sedierung‘ in Anspruch.

3. Antibiotika

In den in der Präambel beschriebenen Situationen hat die Gabe von Antibiotika ausnahmslos zu unterbleiben.

4. Künstliche Ernährung / Flüssigkeitszufuhr

In den in der Präambel beschriebenen Situationen wünsche ich, dass keine künstliche Ernährung erfolgt. Dies gilt unabhängig von der Form der künstlichen Nahrungszuführung (z.B. Magensonde, Infusionen etc.) Die Anlage einer PEG oder eines Ports lehne ich grundsätzlich ab.

5. Künstliche Beatmung

In den in der Präambel beschriebenen Situationen wünsche ich, dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. dass eine bereits eingeleitete Beatmung eingestellt wird.

6. Blut / Dialyse

In den in der Präambel beschriebenen Situationen wünsche ich weder die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen noch dass eine Dialyse durchgeführt wird. Eine bereits eingeleitete Dialyse soll unverzüglich abgebrochen werden.

7. Reanimation

In den in der Präambel beschriebenen Situationen wünsche ich die Unterlassung von jedweder Art von Herz-Kreislauf-Wiederbelebung.

8. Organspende

Ich wünsche nicht, dass Organe oder Gewebe aus meinem Körper für Transplantationszwecke oder Ähnliches entnommen werden.

9. Ort der Behandlung

Wenn ich meine letzte Lebensphase nicht in meiner häuslichen Umgebung verbringen und dort sterben kann, möchte ich unbedingt in einem Hospiz sterben.

10. Betreuung

Ich beauftrage folgende Person(en) mit der Umsetzung meines in dieser Verfügung formulierten Willens. Sollte eine Betreuung notwendig werden, dann soll die Patientenverfügung zugleich als Betreuungsverfügung gelten. Sie ist als Ausdruck meines Willens für das Vormundschaftsgericht zu betrachten. Folgende Person(en) soll(en) die Betreuung übernehmen:

1. _____

2. _____

11. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich ermächtige den behandelnden Arzt, folgenden Personen Auskunft über meinen gesundheitlichen Zustand zu geben und entbinde ihn insoweit von seiner Schweigepflicht:

12. Information / Beratung

Vor der Erstellung dieser Patientenverfügung wurde ich ausführlich zu diesem Thema beraten von:

Zusatz:

13. Psychiatrische Behandlungen / Zwangsmaßnahmen

Die von mir unter 10. benannte(n) und bevollmächtigte Person(en) hat sich strikt an die Umsetzung der vorliegenden Patientenverfügung zu halten. Darüber hinaus ist sie verpflichtet, die Wahrnehmung meiner Interessen und Entscheidungsbefugnisse bezüglich der evtl. Unterbringung in einer geschlossenen psychiatrischen Einrichtung strikt und verbindlich und unter allen Umständen zu unterbinden.

Das Vorliegen einer psychischen bzw. psychiatrischen Erkrankung streite ich strikt ab. Ich betrachte die Unterbringung und Betreuung in einer psychiatrischen Einrichtung als eine schwere Persönlichkeitsverletzung und eine schwere Freiheitsberaubung. Jede psychiatrische Zwangsbehandlung erachte ich als Folter und schwerste Körperverletzung. Daher errichte ich gemäß dem § 1901 a BGB hiermit eine Vorausverfügung, um mich vor einer solchen Diagnostik bzw. Verleumdung und deren Folgen zu schützen, indem ich verbiete, folgende medizinischen Maßnahmen an mir durchzuführen:

1. Unter keinen Umständen darf bei mir irgendeine psychiatrische Diagnose erstellt werden. Ich verbiete hiermit jedem psychiatrischen Facharzt oder Fachärztin, mich zu untersuchen, genauso wie ich jedem anderen Arzt untersage, mich hinsichtlich irgendeines Verdachts einer angeblichen „psychischen Krankheit“ zu untersuchen. Allen Ärzten, die mich untersuchen wollen, untersage ich, den Versuch, irgendeine der Diagnosen, die im ICD als „Psychische und Verhaltensstörungen“ bezeichnet werden, zu stellen. Um jede mögliche Unklarheit zu beseitigen, führe ich diese noch genauer aus als: F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen F30-F39 Affektive Störungen F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F70-F79 Intelligenzstörung F80-F89 Entwicklungsstörungen F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen jeweils mit allen weiteren Unterspezifizierungen und alle später vorgenommenen Modifizierungen dieses Kapitels des ICD.

- Weiterhin untersage ich rigoros folgende Maßnahmen:
die Behandlungen von einem psychiatrischen Facharzt oder dem sozialpsychiatrischen Dienst die stationäre Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Ambulanz oder dem sog. Krisendienst
- jede Einschränkung meiner Freiheit durch freiheitsentziehender Maßnahmen, egal welcher Art
- jede Behandlung gegen meinen geäußerten Willen, jede Zwangsbehandlung, egal mit welchen als Medikament bezeichneten Stoffen oder Placebos.

**14. Meine Werte, Haltung und Einstellung zum Leben –
Gedanken zu den Dingen, die für mich Lebensqualität ausmachen:**

Ort, Datum

Unterschrift des Ausstellers

Wir vergewissern Ihnen, dass wir mit keinen Behörden, Pharmaindustrie oder ähnlichen systemorientierten Einrichtungen zusammenarbeiten. Dies ist eine Möglichkeit für Sie, eine Absicherung nach Ihren Bedürfnissen zu haben, die im Ernstfall weltweit abrufbar ist.

Jede PV kann individuell angeglichen werden. Unter Downloads befindet sich die PV auch als Word-Dokument, um alle Angaben nach den eigenen Bedürfnissen anzugleichen.

Bei Punkt 14. befinden sich ICD-Kapitel, nach denen Ärzte arbeiten. Diese können auf der Webseite <http://www.icd-code.de/icd/code/F00-F99.html> eingelesen werden.

Gegebenenfalls kann auch ein seelsorgerischer Beistand eingefügt werden, der für den spirituellen und geistigen letzten Weg als Begleiter dabei sein soll.

Nachdem alles ausgefüllt ist, auf der Webseite www.hinterlegt.net:

- ein Benutzerkonto erstellen
 - ein Paket auswählen:
1, 3 oder 5 Jahre im Basis Paket für: 35€, 45€ oder 55€
 - die PV selbst hochladen:
1, 3 oder 5 Jahre im Premium Paket für: 60€, 90€ oder 110€
 - alles per Post einsenden
- wir kümmern uns um den Rest

Anschließend erhalten Sie 8 Scheckkarten (zum verteilen) mit den Zugangsdaten für Ihre PV und können weltweit sicher darauf zugreifen. Weitere Scheckkarten können jederzeit nachbestellt werden.

Wir vergewissern Ihnen, dass wir mit keinen Behörden, Pharmaindustrie oder ähnlichen systemorientierten Einrichtungen zusammenarbeiten. Dies ist eine Möglichkeit für Sie, eine Absicherung nach Ihren Bedürfnissen zu ermöglichen, die im Ernstfall weltweit abrufbar ist.