

# Meine Patientenverfügung

erstellt am 06. März 2016, jederzeit abrufbar

Abrufcode: A12-C34-D56

Ich,

**Susanne Muster**

geboren am 01.08.1960, Pappelallee 12, 10117 Berlin

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:

- Absolut keine Krankenhauseinlieferung mehr im Falle meines baldigen Versterbens
- Reanimation nur eingeschränkt (siehe unten)

## Reanimation

Ich möchte prinzipiell wiederbelebt werden, außer in folgenden Fällen:

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

## 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 Durchführung einer Tracheotomie (Luftröhrenschnitt)
- Der Durchführung einer Dialyse oder Hämofiltration
- Einer Gastroskopie, ÖGD oder ERCP und vergleichbarer Verfahren
- Einer Koloskopie
- Einer PEG- oder ÖGD-Sonden Einlage
- Einem Kunstherz
- Einem Herzkatheter

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

- Einer enteralen Ernährung mittels Magen- oder Duodenalsonde
- Der Anlage zentralvenöser Katheter (ZVK, Shaldon u.a.)
- Einer Bluttransfusion (Verabreichung von Blutzellen)
- Einem Pacemaker/ICD

## 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, 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 antibiotische Behandlung
  - Keine Intensivstation
  - Keine Reanimation
  - Keine maschinelle Beatmung
  - Keine parenterale oder Sondennahrung
  - Keine kontinuierliche Katecholamininfusion
  - Keine Hämodialyse/-filtration
  - 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)
- Locked-In-Syndrom
- Hirnschaden (z.B. in Folge Infarkt oder Blutung) mit NIHSS >15 über mind. 48 Stunden
- Demenz (siehe zusätzlich nachfolgende Sonderbestimmungen)
- Koma (GCS < 8) mit/bei dekompensiertem Leberschaden
- Maligner Hirntumor
- Anderen metastasierten Krebserkrankung 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

## 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. 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 keine 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 ich ausschließlich die Entnahme der folgenden Organe zur Transplantation:*

- *Hornhaut*
- *Herz*
- *Pankreas (Bauchspeicheldrüse)*
- *Nieren*

## Klinische Obduktion

*Ich gestatte eine klinische Obduktion.*

## Aktuelle Gesundheitssituation

*In meinem aktuellen Gesundheitszustand bin ich im Alltag vollkommen selbstständig.*

## Vorerkrankungen & Medikamente

*Folgende Diagnosen sind Teil meiner Krankheitsgeschichte (unvollständige Aufzählung):*

- *Herzinfarkt*
- *Schwere Depression*

*Allergien gegen die folgenden Substanzen sind bei mir bekannt:*

- *Medikamente*
- *Hausstaub*

## Vorerkrankungen & Medikamente (Fortsetzung)

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. Paul

Brandenburg

Söhstraße 13 12203

Berlin

0700 810 810 80

paul.brandenburg@dipat.de

Behandlungsgebiet bzw. Fachrichtung:

Allgemeinmedizin, Notfallmedizin

## Künftige Betreuung & Pflege

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

- Ambulante Pflege

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

## Auskunftsberechtigte

Herr Peter Muster

Söhstraße 13

12203 Berlin

Telefon: 0700 810 810 80

Email: peter.muster@dipat.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 Gabriel Muster

Söhstraße 12

12203 Berlin

0700 810 810 80

gabriel.muster@dipat.de

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

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

## Sonderbestimmungen Demenz

*Die festgelegten Therapie-/Pflegegrenzen gelten insbesondere auch, wenn ich mich im Zustand der Demenz oder eines vergleichbaren Prozesses befinde. In diesem Zustand verzichte ich zudem ausdrücklich auf orale Verabreichung von Nahrung, Flüssigkeit oder Medikamente ausgenommen hiervon ist jegliche Analgesie. Ich mache die Demenz daran fest, dass ich nahestehende Personen dauerhaft nicht wiedererkenne. Als solche verstehe ich Lebenspartner, Angehörigen und Menschen, die ich wenigstens ein Jahr vor Beginn meiner Erkrankung gekannt habe. Im spätem Zustand der Demenz kann ein von mir geäußelter 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.*

*Berlin, 06. März 2016*



Unterschrift Susanne Muster