

St. Joseph Krankenhaus
Berlin Tempelhof



Heute bewusst für morgen entscheiden

Patientenverfügung

www.sjk.de

Vorwort

Warum eine Patientenverfügung?

Niemand denkt gern an diese Situation, und doch kann es jederzeit geschehen: Ein schwerer Unfall, eine plötzliche, unheilbare Krankheit oder das Alter machen es unmöglich, die eigenen Belange – wie die Entscheidung über eine medizinische Therapie – weiterhin selbst zu regeln.

Mit einer Patientenverfügung (häufig auch Patiententestament genannt) machen Sie Ihren Willen deutlich, bevor Notfall oder Krankheit eintreten, und geben damit jenen eine verbindliche Richtschnur, die im akuten Fall für Sie entscheiden: Verwandte, Freunde, ein vom Betreuungsgericht eingesetzter Betreuer und die behandelnden Ärzte.

Was ist eine Patientenverfügung?

Mit der Patientenverfügung erklären Sie verbindlich, ob Sie in Untersuchungen Ihres Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen bzw. ärztliche Eingriffe einwilligen oder diese ablehnen, für den Fall, dass Sie Ihren Willen nicht mehr artikulieren können.

Seit 1. September 2009 ist die Patientenverfügung gesetzlich bindend und steht damit als Teil des Betreuungsrechts gleichrangig neben der Vorsorgevollmacht.

Nach dem neuen Gesetz darf eine Patientenverfügung auch für Krankheitsfälle formuliert werden, bei denen nicht zwingend in absehbarer Zeit der Tod eintritt, das selbstbestimmte Leben jedoch stark eingeschränkt werden würde (z.B. Untersagung der Behandlungsfortsetzung und Ernährung bei Wachkoma).

Zur besseren Lesbarkeit wird lediglich die männliche Sprachform verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.

Impressum

Januar 2014 · St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof
Wüsthoffstraße 15 · 12101 Berlin · www.sjk.de

Redaktion Corinna Riemer

Rechtliche Beratung Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.

Gestaltung Stefanie Roth · mail@vonerot.de

Wie ist sichergestellt, dass Ihre Patientenverfügung umgesetzt wird?

Ergänzend zur Patientenverfügung empfiehlt es sich, eine Vorsorgevollmacht zu erteilen. Damit bevollmächtigen Sie eine Person Ihres besonderen Vertrauens, z.B. zu prüfen, ob die in der Patientenverfügung getroffenen Festlegungen auf Ihre aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, kann die Vertrauensperson Ihrem Willen Nachdruck verleihen.

Im Unterschied zur Patientenverfügung betrifft die Vorsorgevollmacht in erster Linie organisatorische Belange, darunter Bankgeschäfte, das Kündigen von Verträgen oder den Einzug ins Pflegeheim. Aber auch Fragen, die sich während der medizinischen Behandlung ergeben und die, weil situationsabhängig, nicht in der Patientenverfügung geklärt werden konnten, regelt die Vertrauensperson. Sie hat die wichtige Aufgabe, Ihren mutmaßlichen Willen einzuschätzen. Hierzu zählt es auch, Dritten Einsicht in Ihre Krankenakte zu gewähren.

Wie kann die Verfügung widerrufen werden?

Sie können Ihre Patientenverfügung jederzeit formlos widerrufen: schriftlich, mündlich oder durch Gesten und Zeichen (§ 1901a Abs.1, Satz 3 BGB).

Anmerkung

Sie sind nicht verpflichtet, eine Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht anzufertigen. Äußern Sie jedoch auf diese Weise Ihren Willen, tragen Sie Sorge dafür, im Ernstfall Ihren Vorstellungen gemäß behandelt zu werden. Andernfalls entscheiden Verwandte, Freunde, Ärzte oder ggf. ein vom Betreuungsgericht eingesetzter Betreuer für Sie. Diese Entscheidung ist dann möglicherweise nicht in Ihrem Sinne.

Was sollten Sie beachten, wenn Sie Ihre Patientenverfügung anfertigen?

- 1** Verfassen Sie Ihre Patientenverfügung unbedingt schriftlich. Möglich sind handschriftliche und maschinengeschriebene Ausfertigungen. Versehen Sie das Dokument mit Ihrem Vor- und Nachnamen, Ihrer Anschrift, Ihrem Geburtsdatum sowie mit Ort, aktuellem Datum und Ihrer Unterschrift.
- 2** Versichern Sie Freiwilligkeit (d.h. Sie haben die Patientenverfügung ohne Zwang durch andere Personen erstellt) und Ihre eigene Urteilsfähigkeit zum Zeitpunkt der Ausfertigung. Versehen Sie diese Erklärung ebenfalls mit Ihrer Unterschrift, dem Ort und dem aktuellen Datum. Lassen Sie sich Ihre Urteilsfähigkeit evtl. von Ihrem Hausarzt schriftlich bestätigen (ist gesetzlich nicht vorgeschrieben).
- 3** Es wird dringend empfohlen, den Inhalt der Patientenverfügung vorab mit Ihrem Hausarzt zu besprechen, insbesondere wenn Sie individuelle Wünsche hinzufügen möchten. In der konkreten Situation kommt es darauf an, was in Ihrer Patientenverfügung wie formuliert ist. Oft ist ein einziges Wort zur Beschreibung der Krankheit (z.B. *wahrscheinlich* oder *mit Sicherheit*, *dauerhaft* oder *irreversibel*) entscheidend. Diese Feinheiten können Sie am besten im Gespräch mit Ihrem Hausarzt klären.
- 4** Für den Fall, dass Sie zusätzlich eine Vorsorgevollmacht ausstellen möchten, nehmen Sie rechtzeitig Kontakt mit einem Menschen auf, dem Sie vertrauen und besprechen Sie alles Wichtige mit ihm. Versehen Sie die Vorsorgevollmacht mit Vor- und Nachnamen, Geburtsdatum und Anschrift Ihrer Vertrauensperson sowie mit Ort, aktuellem Datum und Ihrer eigenen Unterschrift.

5 Legen Sie die Patientenverfügung und ggf. die Vorsorgevollmacht zu Ihren persönlichen Unterlagen sowie einen Hinweis auf die Existenz dieser Dokumente zu Ihrem Ausweis.

6 Es ist nicht erforderlich, Ihre Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht notariell zu beurkunden.

7 Falls Sie eine Vertrauensperson gewählt haben, füllen Sie die Zweitexemplare von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht in diesem Heft aus. Geben Sie die Dokumente dem Menschen Ihres Vertrauens zum Aufbewahren.

8 Es wird empfohlen, die Patientenverfügung alle ein bis zwei Jahre auf Inhalt und Aktualität zu überprüfen und mit Ihrer Unterschrift und aktuellem Datum erneut zu bestätigen.

Patientenverfügung • 1. Ausführung

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, verfüge ich, dass an mir keine lebensverlängernden Maßnahmen (wie Wiederbelebung oder Dialyse) vorgenommen werden sollen, sofern medizinisch festgestellt ist,

- dass ich mich im **unmittelbaren** Sterbeprozess befinde, bei dem jede lebenserhaltende Maßnahme das Sterben oder Leiden ohne Aussicht auf erfolgreiche Behandlung verlängern würde, **oder**
- dass es zu einem nicht behebbaren Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt, der in **absehbarer** Zeit zum Tod führt.

Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame 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. Meine Vertrauensperson ist angehalten, meine Entscheidung zu vertreten.

Ich wünsche eine wirksame, fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Linderung.
- sollten dennoch alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten versagen, wünsche ich auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung **und**
- nehme dabei auch die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen in Kauf.

Ich wünsche bis zu meinem Tod:

- die Zufuhr von Nahrung. ja nein
- die Zufuhr von Flüssigkeit. ja nein

Wenn dies nicht auf natürlichem Wege möglich ist, bin ich auch einverstanden mit der Ernährung

- über eine Magensonde. ja nein
- über eine PEG-Sonde. ja nein
- über einen Venenkatheter. ja nein



Ich möchte in Würde und Frieden sterben können, nach Möglichkeit in Nähe und Kontakt zu meinen Angehörigen und nahestehenden Personen und in meiner vertrauten Umgebung.

Ich bitte um seelsorgerischen Beistand. ja nein

Ich bin mit einer Obduktion einverstanden. ja nein

Falls ich nicht mehr selbstständig atmen kann,

- wünsche ich eine künstliche Beatmung.
- wünsche ich keine künstliche Beatmung, aber die Linderung von Atembeschwerden durch Medikamente und pflegerische Maßnahmen.

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/ Geweben zur Transplantation infrage kommt, erkläre ich:

- ja, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe/Gewebe entnommen werden, **oder**
- ja, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

- nein, ich widerspreche einer Entnahme von Organen/Geweben.
- über Ja oder Nein soll meine Vertrauensperson entscheiden.

Ich bitte darüber hinaus, folgende Wünsche zu berücksichtigen:

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntodes bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch infrage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage

umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

ja nein

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird.

Ich habe diese Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

Ich versichere, zum Zeitpunkt der Anfertigung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte zu sein.

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung von meinem Hausarzt beraten lassen:

Dr. med. _____

Meine persönlichen Angaben

Vor- und Nachname _____

geboren am _____

Anschrift _____

Datum _____

Unterschrift _____



Ich habe meine Patientenverfügung auf Inhalt und Aktualität überprüft und bestätige hiermit erneut meinen Willen.

Datum, Ort _____

Unterschrift _____

Datum, Ort _____

Unterschrift _____

Datum, Ort _____

Unterschrift _____

Datum, Ort _____

Unterschrift _____

Datum, Ort _____

Unterschrift _____

Datum, Ort _____

Unterschrift _____

Patientenverfügung · 2. Ausführung

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, verfüge ich, dass an mir keine lebensverlängernden Maßnahmen (wie Wiederbelebung oder Dialyse) vorgenommen werden sollen, sofern medizinisch festgestellt ist,

- dass ich mich im **unmittelbaren** Sterbeprozess befinde, bei dem jede lebenserhaltende Maßnahme das Sterben oder Leiden ohne Aussicht auf erfolgreiche Behandlung verlängern würde, **oder**
- dass es zu einem nicht behebbaren Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt, der in **absehbarer** Zeit zum Tod führt.

Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame 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. Meine Vertrauensperson ist angehalten, meine Entscheidung zu vertreten.

Ich wünsche eine wirksame, fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Linderung.
- sollten dennoch alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten versagen, wünsche ich auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung **und**
- nehme dabei auch die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen in Kauf.

Ich wünsche bis zu meinem Tod:

- die Zufuhr von Nahrung. ja nein
- die Zufuhr von Flüssigkeit. ja nein

Wenn dies nicht auf natürlichem Wege möglich ist, bin ich auch einverstanden mit der Ernährung

- über eine Magensonde. ja nein
- über eine PEG-Sonde. ja nein
- über einen Venenkatheter. ja nein



Ich möchte in Würde und Frieden sterben können, nach Möglichkeit in Nähe und Kontakt zu meinen Angehörigen und nahestehenden Personen und in meiner vertrauten Umgebung.

Ich bitte um seelsorgerischen Beistand. ja nein

Ich bin mit einer Obduktion einverstanden. ja nein

Falls ich nicht mehr selbstständig atmen kann,

- wünsche ich eine künstliche Beatmung.
- wünsche ich keine künstliche Beatmung, aber die Linderung von Atembeschwerden durch Medikamente und pflegerische Maßnahmen.

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/ Geweben zur Transplantation infrage kommt, erkläre ich:

- ja, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe/Gewebe entnommen werden, **oder**
- ja, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

- nein, ich widerspreche einer Entnahme von Organen/Geweben.
- über Ja oder Nein soll meine Vertrauensperson entscheiden.

Ich bitte darüber hinaus, folgende Wünsche zu berücksichtigen:

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntodes bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch infrage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage

umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

ja nein

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird.

Ich habe diese Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

Ich versichere, zum Zeitpunkt der Anfertigung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte zu sein.

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung von meinem Hausarzt beraten lassen:

Dr. med. _____

Meine persönlichen Angaben

Vor- und Nachname _____

geboren am _____

Anschrift _____

Datum _____

Unterschrift _____



Ich habe meine Patientenverfügung auf Inhalt und Aktualität überprüft und bestätige hiermit erneut meinen Willen.

Datum, Ort _____

Unterschrift _____

Datum, Ort _____

Unterschrift _____

Datum, Ort _____

Unterschrift _____

Datum, Ort _____

Unterschrift _____

Datum, Ort _____

Unterschrift _____

Datum, Ort _____

Unterschrift _____

Vorsorgevollmacht · 1. Ausführung

Für den Fall, dass ich außerstande bin, meinen Willen zu bilden oder zu äußern, benenne ich hiermit als Person meines Vertrauens:

Frau / Herrn _____

geboren am _____

Anschrift _____

Telefon _____

Die genannte Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachterteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden.

Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Anfertigung geschäftsunfähig geworden sein sollte. Sie ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Die Vertrauensperson darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-) stationären Pflege. Die Vertrauensperson ist befugt, meinen in der Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.

ja nein

Die Vertrauensperson darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe



oder einen schweren oder länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB).

ja nein

Die Vertrauensperson darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

ja nein

Die Vertrauensperson darf über meine Unterbringung mit Freiheit entziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über Freiheit entziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden.

ja nein

Meine persönlichen Angaben

Vor- und Nachname _____

geboren am _____

Anschrift _____

Datum _____

Unterschrift _____

Vorsorgevollmacht · 2. Ausführung

Für den Fall, dass ich außerstande bin, meinen Willen zu bilden oder zu äußern, benenne ich hiermit als Person meines Vertrauens:

Frau / Herr _____

geboren am _____

Anschrift _____

Telefon _____

Die genannte Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachterteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden.

Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Anfertigung geschäftsunfähig geworden sein sollte. Sie ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Die Vertrauensperson darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-) stationären Pflege. Die Vertrauensperson ist befugt, meinen in der Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.

ja nein

Die Vertrauensperson darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe



oder einen schweren oder länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB).

ja nein

Die Vertrauensperson darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

ja nein

Die Vertrauensperson darf über meine Unterbringung mit Freiheit entziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über Freiheit entziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden.

ja nein

Meine persönlichen Angaben

Vor- und
Nachname _____

geboren am _____

Anschrift _____

Datum _____

Unterschrift _____

Bitte Faltkarte ausfüllen und zu Ihren Ausweispapieren legen.

Für den Fall, dass ich:

Name _____

geboren _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

nicht mehr in der Lage bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, habe ich eine **Patientenverfügung** und ggf. eine **Vorsorgevollmacht** bei meinen persönlichen Unterlagen und ein Zweitexemplar bei meiner Vertrauensperson hinterlegt.



Ort, Datum

Unterschrift



St. Joseph Krankenhaus
Berlin Tempelhof



Patientenverfügung

Bitte dem behandelnden Arzt aushändigen

Bitte wenden Sie sich an:

Name der Vertrauensperson

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Ort

Telefon

