

Jaderberger Patientenverfügung

Verfaßt von _____ geb. am _____

Wohnhaft _____

Die nachfolgende Verfügung entspricht meinem aus freien Stücken und bei voller geistiger Leistungsfähigkeit verfassten Willen. Sie beinhaltet meine Lebenserfahrung wie auch meine Einstellung zum Leben und zum Tod.

Sie gilt für folgende Fälle:

1. dass ich mich in einem unabwendbaren Sterbeprozess befinde
2. dass ich infolge einer unheilbaren oder nicht mehr zu kompensierenden Hirnschädigung meinem freien Willen keinen Ausdruck mehr verleihen kann
3. dass ich an einer fortgeschrittenen Demenz mit Bettlägerigkeit leide
4. dass ich infolge einer anderweitigen nicht heilbaren Erkrankung oder Körperfunktionsstörung nicht mehr in der Lage bin, meinen freien Willen zu bekunden

Für die oben angeführten Fälle gilt:

- A. Ich lehne eine dauerhafte Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr über in den Magen eingebrachte Sonden/Schläuche ab. Gleiches gilt für dauerhafte Infusionsgaben.
- B. Ich lehne eine dauerhafte maschinelle Beatmung ab.
- C. Ich lehne die An- oder Einbringung von herz-/kreislaufunterstützenden Apparaten ab.
- D. Ich lehne eine dauerhafte Blutwäsche/Dialyse ab.
- E. Ich erbitte die Beendigung jeglicher lebensverlängernden/lebenserhaltenden Medikation.

Folgende weitere Regelungen sollen gelten:

- Bei Eintritt einer Akuterkrankung erbitte ich sämtliche medizinisch notwendigen und erforderliche Maßnahmen einschl. der Wiederbelebung. Diese sollen fortgeführt werden, bis ein unter den Ziffern 1 bis 4 aufgeführten Tatbestände eintritt.
- Gleiches gilt für Komplikationen bei vorbestehenden Erkrankungen
- ebenso für Komplikationen nach operativen Maßnahmen
- Ich bitte um Fraktur- / Knochenbruchversorgung, auch wenn einer der Punkte 2 - 4 eingetreten ist.
- Bei Luftnot erbitte ich die Gabe von Sauerstoff, auch dauerhaft falls erforderlich
- Bei Schmerzen erbitte ich die Gabe von Schmerzmitteln, falls erforderlich in so hohen Dosen, dass hierdurch der Tod vorzeitig eintreten kann.
- Gleichfalls erbitte ich bei Angstzuständen um die angepasste erforderliche Gabe von angstlösenden Medikamenten. Auch hierbei nehme ich den evt. arzneimittelbewirkten vorzeitigen Tod in Kauf.

Ergänzung:

In Zweifelsfällen bezüglich der vorgenannten Verfügungspunkte wie auch im evt. erforderlichen Fall der Aufenthaltsbestimmung, erteile ich der nachfolgend aufgeführten Person die Vorsorgevollmacht.

Diese hat auch bei z.Zt. noch nicht vorhersehbaren neuen medizinischen Aspekten in meinem Sinne Entscheidungen zu fällen.

Zur Entscheidungsfindung müssen dann im besonderen mein Alter wie auch meine Gesamtsituation berücksichtigt werden.

Bevollmächtigte Person: _____
(Name in Druckbuchstaben und Unterschrift)

(Ort, Datum, Name in Druckbuchstaben und Unterschrift)

(Unterschrift Hausarzt)