

Patientenverfügung / Medizinische Vorsorgevollmacht für die klinische Situation

(Einwilligung in eine Heilbehandlung gem. § 228 StGB in Verbindung mit § 133 BGB)

Ich,.....

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

wünsche ein Leben und einen Tod in Würde.

Ich nehme für mich das Menschenrecht in Anspruch, würdig sterben zu dürfen.

Ich bitte meine Ärzte, mir dabei zu helfen.

Als Ärzte sind Sie verpflichtet, mich fachgerecht zu versorgen.

Hier meine persönliche Überzeugung zu „Leben – Sterben - Tod“ (Werte-Anamnese):

Ich habe in meinem Leben noch etwas vor: Ich wünsche, daß meine Ärzte alle Möglichkeiten ausschöpfen, um im Falle einer schweren Erkrankung oder Verletzung mein Leben in Würde (s.u.) zu erhalten.

Ich bin alt. Ich habe mein Leben gelebt. Ich bin bereit zu sterben. Wenn in meinem Leben eine lebensbedrohliche Erkrankung oder Verletzung eintreten sollte, dann wünsche ich, daß die mich behandelnden Ärzte dem natürlichen Gang der Dinge ihren Lauf lassen. Ich verzichte freiwillig auf lebensverlängernde oder -erhaltende Eingriffe und Behandlungen. Ich erwarte von meinen Ärzten eine meinem würdigen Sterben entsprechende palliative Therapie (vgl. 2.)

(Zutreffendes bitte ankreuzen !)

1. Freiwilliger Therapieverzicht

Ich wünsche keine lebenserhaltenden Maßnahmen, wenn auch nur eine der nachstehenden Bedingungen eingetreten ist. Dies muß von zwei Fachärzten diagnostiziert werden, die mit meinem Krankheitsbild vertraut sind. Für den Fall, daß ich außerstande sein sollte, im konkreten Fall meinen Willen selbst zu äußern, schließe ich hiermit ausdrücklich freiwillig folgende Verletzungen meines Körpers gem. § 228 StGB aus.

Ich verfüge:

Die Anwendung jeglicher lebenserhaltender Maßnahmen (z.B. Intensivtherapie: Reanimation, künstliche Beatmung, Herz- und Kreislauftherapie, künstliche Flüssigkeitszufuhr, künstliche Ernährung (PEG-Sonde), Hämofilter, Bluttransfusion, Antibiotikagabe) hat zu unterbleiben,
wenn:

- a) lebenswichtige Funktionen meines Körpers irreversibel ausgefallen sind,
- b) ich eine infauste Prognose habe und der Fortgang meiner Krankheit zum Tode führen wird,
- c) ich an einer schweren irreversiblen Dauerschädigung meines Gehirns (Decerebration) leide, die mir ein personales Dasein nicht mehr erlaubt.

2. Schmerztherapie/Palliative Therapie

Haben zwei Fachärzte diagnostiziert, daß einer der vorstehenden Fälle vorliegt, verfüge ich hiermit, daß mir die schmerzstillende Medikation in ausreichender Dosis gewährt wird, ungeachtet dessen, daß dadurch der Eintritt meines Todes beschleunigt oder gar herbeigeführt wird.

3. Freiwilliger und aktiver Behandlungsabbruch

Dies entspricht unter den o.g. Bedingungen ausdrücklich meinem Wunsch!

Ich wünsche mir nicht nur eine sog. passive (palliative) Sterbehilfe, (z.B. Verzicht auf das Einsetzen einer Magensonde, auf künstliche Ernährung durch Infusionen, auf künstliche Beatmung etc.), sondern auch den aktiven Abbruch einer medizinischen Behandlung, die meine Auffassung von Menschenwürde nicht mehr im Blick hat.

Darunter verstehe ich: Entfernung der Magensonde, Absetzen der sinnlos leidensverlängernden künstlichen Ernährung und von Infusionen. (vgl. Urteil des OLG Frankfurt a.M. v. 15.7. 1998, 20 W 224/98, Urteil des LG München 18.02.1999, 13 T 478/99, Urteil des BGH v.17.3.2003 (XII ZB 2/03), Urteil des OLG Karlsruhe v.26.03.2004 – 11 Wx 13/04).

Ich wünsche, daß mir meine Ärzte helfen, menschenwürdig zu sterben.

Eine Organentnahme verbietet sich auf dem Hintergrund meiner Auffassung von Menschenwürde: ich lehne (für mich) sinnlose lebens- und leidensverlängernde Maßnahmen ab und wünsche mir ein würdiges Sterben.

4. Verbindlichkeit

Ich wünsche, daß sich meine Ärzte und Betreuer gemäß der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (vgl. BGH NJW 1995 S. 204 ff, Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, DtÄBl 1998, A-2366-2367; Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen, DtÄBl 1999, A-2720-2721) nach dem Willen des Patienten richten.

Sie machen sich strafbar, wenn sie gegen Wünsche und Verfügungen verstoßen, die in einer Verfügung festgelegt wurden. (BGH 1991: 3 StR 467/90; LG Ravensburg 03.12.1986 NStZ 1987 229f; Sternberg-Lieben NJW 1985: 2734ff).

Diese Patientenverfügung gilt deshalb für jeden Arzt:

a) Bei meinem Hausarzt liegt eine Kopie dieser Patientenverfügung.

Mein Hausarzt ist über meinen Patientenwillen unterrichtet:

.....
(Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des Hausarztes)

b) Im Krankenhaus ist eine Kopie zu den Krankenakten zu nehmen.

c) Eine Kopie der Krankenhausverwaltung zu übergeben. Ich bitte darum, daß auf dem Krankenblatt ein entsprechender Vermerk angebracht wird.

d) Falls ich in einem Heim lebe, wünsche ich, daß diese Verfügung vom Heim beachtet, allen mich behandelnden Ärzten vorgelegt, und im Falle einer notwendigen Einweisung in ein Krankenhaus dorthin mitgegeben wird.

5. Gültigkeit

a) Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Erwägung, reiflicher Überlegung und in vollem Bewußtsein getroffen. Solange ich sie nicht revidiere, bleibt sie unbefristet gültig. Soweit es mir möglich ist, werde ich im Gespräch vor einer Operation dem Arzt gegenüber meine vorstehende Meinung bestätigen. Der evtl. entgegenstehende Wille von Angehörigen oder eines evtl. bestellten Betreuers ist nicht zu beachten.

b) Diese Patientenverfügung gilt über meinen Tod hinaus. Die darin liegende Vollmacht schließt die Ermächtigung zur Einsichtnahme in meine Krankendokumente durch meine Angehörigen oder ihre Anwälte ein. Eine Berufung auf § 203 StGB (ärztliche Schweigepflicht) durch medizinisches Personal entfällt. Auch einer Obduktion stimme ich zu, falls diese zur Erforschung der Wahrheit notwendig werden sollte.

6. Haftung

a) Bei Zuwiderhandlung ermächtige ich meine nachstehend bezeichneten Angehörigen, alle ihnen zweckmäßig erscheinenden Schritte straf- und zivilrechtlicher Art zu unternehmen: Meine Erben und ggf. der von mir beauftragte Patientenvertreter, können in diesen Fällen gem. § 683 BGB bzw. §§ 12,1 und 39 des V. Buchs des Sozialgesetzbuchs entsprechende Meldungen an den Kostenträger veranlassen oder Zahlungen verweigern. b) Befolgen die behandelnden Ärzte meine obigen Anordnungen, schließe ich hiermit Schaden-Ersatzansprüche oder eine mögliche Strafverfolgung durch meine Angehörigen aus.

7. Aufklärung

Für den Fall einer infausten Prognose, also, wenn mein Zustand aussichtslos ist, möchte ich, daß

ich über meinen Zustand - möglichst durch meine Angehörigen rücksichtsvoll aufgeklärt werde, auch wenn sich dadurch mein psychischer und/oder physischer Zustand verschlechtern sollte

ich über meinen Zustand nicht aufgeklärt werde

meine Angehörigen in vollem Umfang rücksichtsvoll aufgeklärt werden

(Zutreffendes bitte ankreuzen !)

8. Meine Patientenanwälte

Falls einer der unter 1. genannten Fälle eintritt, bitte ich umgehend, meine nächsten Angehörigen (Patientenanwälte) zu verständigen:

1.
(Vorname, Name, Anschrift, Telefon)

2.
(Vorname, Name, Anschrift, Telefon)

Ich bitte darum, diesen Personen auf Wunsch jederzeit uneingeschränkte Auskunft über meinen gesundheitlichen Zustand zu erteilen.

9. Vollmacht

erteile ich hiermit gemäß § 1904 und § 1906 BGB meinen nächsten Angehörigen (o.g. Patientenanwälten)

je einzeln

je zwei von ihnen gemeinsam

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

in folgender Weise:

a) ihnen soll auf ihren Wunsch hin jederzeit uneingeschränkte Auskunft über meinen Gesundheitszustand zu erteilt werden.

b) sie sollen an meiner Stelle alle Erklärungen vertreten, um meinen oben geäußerten Willen durchzusetzen.

c) sie sollen an meiner Stelle zu Vorschlägen und Entscheidungen der Ärzte ihre Zustimmung geben oder verweigern.

Diese Erklärung ist für die Ärzte bindend.

JA - Ich bitte darum, aus diesem Personenkreis auch den Betreuer zu bestellen falls eine solche Betreuung für mich erforderlich werden sollte.

NEIN

(Zutreffendes bitte ankreuzen !)

.....
(Ort, Datum, Unterschrift)

Bestätigungen:

Hier folgt eine Liste der Personen, die Kenntnis von dieser Willensäußerung haben und die die Ernsthaftigkeit dieser Patientenverfügung bezeugen können oder/und eine Kopie erhalten haben.

.....
Datum, Unterschrift,

.....
Datum, Unterschrift

.....
Datum, Unterschrift