



## Patientenverfügung

**Mathias Rimke-Schmidtchen**  
**Simone Heidemann**  
Fachärzte für Allgemeinmedizin

Breidertring 62–64  
63322 Rödermark  
Tel: 06074-98687  
Fax: 06074-892980

Von (Vorname, Nachname, geb. Datum, Anschrift)

  

Falls ich durch Unfall oder Krankheit in einen Zustand gerate, in dem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit verloren habe und mit meiner Umwelt nicht mehr kommunizieren kann, verfüge ich, dass meinem hier dargelegten Willen als Anweisung an die mich behandelnden Ärzte gefolgt wird.

Ich wünsche, dass mein Bevollmächtigter, Betreuer und Hausarzt umgehend verständigt und zu meinen Wünschen gehört wird.

Ich entbinde meine Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Lebenspartnern, Kindern und Eltern nur dann, wenn ich mich selbst nicht mehr äußern kann.

Eine umfassende Schmerztherapie soll ohne Rücksicht auf mögliche Nebenwirkungen erfolgen. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome, selbst wenn dadurch eine Lebensverkürzung begünstigt werden könnte.

Ich wünsche, dass mein Leiden oder Sterben nicht durch das Ausschöpfen der apparatemedizinischen Möglichkeiten verlängert wird, wenn zwei Ärzte/Ärztinnen feststellen, dass keine Besserung meines Leidens oder Krankheit mehr zu erwarten ist. Ärztliche und pflegerische Maßnahmen sollen nur noch getroffen werden, wenn dadurch mein Leiden verkürzt oder gelindert wird.

Wenn zwei Ärzte/Ärztinnen feststellen, dass ich mich unumkehrbar im Sterbeprozess oder in einem dauerhaften Koma, Wachkoma oder in einem ähnlichen Zustand infolge schwerer Gehirnschädigung, **auch schwerer Demenz**, befinde, selbst wenn der Tod nicht absehbar ist, und keine Aussicht mehr auf ein erträgliches und selbstbestimmtes Leben für mich besteht, sollen alle lebensverlängernden Maßnahmen, insbesondere die folgenden intensivmedizinischen Maßnahmen unterbleiben:

- Wiederbelebung (z.B. bei Herzstillstand, Atemstillstand, Stoffwechsellentgleisung)
- Künstliche Ernährung durch jede Art von Sonde (Nasensonde oder Sonde, die durch die Bauchdecke geführt wird, Ernährung über die Vene)
- Künstliche Flüssigkeitszufuhr von mehr als einem halben Liter am Tag, außer Mundpflege gegen Durst und Mundtrockenheit)
- Künstliche Beatmung
- Anschluss an eine künstliche Niere (Dialyse)
- Transfusion von Blut/Blutbestandteilen
- Antibiotikagabe bei fieberhaften Begleitinfektionen

Da ich eine Lebensverlängerung unter den oben genannten Bedingungen nur als Lebensverlängerung und unnatürliche Hinauszögerung des Sterbevorgangs empfinde, will ich sie nicht.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/ pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Vertrauensperson(en) besondere Bedeutung zukommen:


Meine Vertrauensperson(en) soll(en) alle rechtlichen Mittel gegenüber den Ärzten in Anspruch nehmen, damit die vorgenannten lebenserhaltenden Maßnahmen tatsächlich unterlassen werden.

Sollte ich die Nahrungsaufnahme verweigern, so ist keine künstliche Ernährung einzuleiten.

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird.

Ort, Datum:

--

---

Unterschrift

Oben genannte(r) Patient(in) hat diese Patientenverfügung mit mir besprochen und war bei Unterzeichnung voll einwilligungsfähig.

---

Hausarzt/Stempel/Unterschrift