



Patientenverfügung

von

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ, Wohnort: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Telefon: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Inhaltsverzeichnis

1. Meine Werte und Wünsche, Mein Lebensbild	2
2. Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll	3
3. Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung ärztlicher Maßnahmen	3
4. Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung	6
5. Aufenthalt und Beistand in der letzten Lebensspanne	7
6. Verbindlichkeit	8
7. Unterschrift	8
8. Hinterlegung und regelmäßige Aufrechterhaltung	9
9. Verfügungsausweise	10



1. Meine Werte und Wünsche, Mein Lebensbild:

Mein Leben empfinde ich als Geschenk. Wenn eines Tages mein Leben dem Ende zugeht, so erwarte ich von allen, die mir beistehen, dass sie meinen Willen akzeptieren. Sie sollen sich weder vom eigenen Willen noch von dem was medizinisch-technisch machbar ist, leiten lassen. Ich glaube, auch mein Sterben gehört zu meinem Leben. Ich möchte daher keine Verlängerung meines Lebens beim Eintreten meines Sterbeprozesses.

Persönliche Anmerkungen hinsichtlich Krankheit, Unfall und Sterben:

	Ja	Nein
Auf Grund meines Glaubens lehne ich es ab, mit mRNA oder anderen gen-manipulierenden Impfstoffen / Medikamenten geimpft / behandelt zu werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich lehne es ab mit pharmazeutischen Medikamenten behandelt zu werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin Allergiker und kann deshalb nicht mit pharmazeutischen Medikamenten behandelt werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich möchte ausschließlich homöopathisch oder mit pflanzlichen Medikamenten und Kräutertees/Tinkturen behandelt werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich lehne eine Bluttransfusion in jedem Fall ab.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich lehne es ab, dass mir ein Microchip eingepflanzt oder mit einer Spritze eingeführt wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich möchte im Fall des Eintretens meines Sterbeprozesses ausschließlich von meinem Hausarzt oder Heilpraktiker behandelt werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Name u. Adresse des Hausarztes oder Heilpraktiker / Persönliche Anmerkungen:



2. Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll:

Die folgende Verfügung soll für den Fall gelten, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann und ich

- mich aller Wahrscheinlichkeit nach im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- mich im Endstadium einer unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- durch Gehirnschädigung oder geistige Verwirrung aller Wahrscheinlichkeit und Einschätzung zweier erfahrener Ärzte nach unwiederbringlich die Fähigkeit verloren habe, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen, oder mit anderen Menschen in Kontakt zu treten.
- eigene Beschreibung von Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll

3. Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen:

3.1. Lebenserhaltende Maßnahmen:

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- dass alles medizinisch Notwendige getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.
- auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden kann.
- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden und nur Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und andere belastende Symptome gelindert werden.
- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden und nur Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und andere belastende Symptome mit pflanzlichen und homöopathischen Mitteln gelindert werden.



3.2. Schmerz und Symptombehandlung:

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel, die mich in einen Zustand dauerhafter Bewusstlosigkeit versetzen.
- Ich akzeptiere, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten der Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel, die mich dauerhaft in einen Zustand der Bewusstlosigkeit versetzen.

3.3. Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr:

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- dass eine künstliche Ernährung begonnen und weitergeführt wird.
- eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.
- die Unterlassung einer anhaltenden künstlichen Ernährung.
- die Unterlassung einer anhaltenden künstlichen Flüssigkeitszufuhr.
- die Reduktion künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

3.4. Künstliche Beatmung

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- eine künstliche Beatmung, falls diese mein Leben verlängert.
- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine eingeleitete Beatmung eingestellt wird, vorausgesetzt dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder ungewollten Lebensverkürzung durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

3.5. Dialyse

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls diese mein Leben verlängern kann.
- dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.



3.6. Antibiotika

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.
- dass keine Behandlung mit Antibiotika durchgeführt wird.
- Ich reagiere auf Antibiotika allergisch und darf auf gar keinen Fall mit Antibiotika behandelt werden.

3.7. Wiederbelebende Maßnahmen

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung.
- die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.
- dass ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. dass ein ggf. hinzugezogener Notarzt unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

3.8. Organspende

- Ich besitze einen Organspendeausweis und bin unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben zur Organ- bzw. Gewebespende bereit. Mir ist bewusst, dass die Hirntoddiagnostik und Organentnahme intensiv-medizinische Maßnahmen erfordern, die ich für diesen Zweck ggf. abweichend von meiner Patientenverfügung gestatte.
- Ich lehne die Entnahme von Organen oder Gewebe ausdrücklich ab.

3.9. Persönliche Ergänzung zu gewünschten oder abgelehnten Maßnahmen



4. Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung

4.1. Unterbringung

- Ich untersage unter allen Umständen die Unterbringung in einer geschlossenen psychiatrischen Einrichtung.

4.2. Psychiatrische Diagnosen

- Unter keinen Umständen darf bei mir irgendeine psychiatrische Diagnose erstellt werden. Ich verbiete jedem psychiatrischen Facharzt oder Fachärztin, mich zu untersuchen. Ich untersage jedem anderen approbierten Mediziner, mich hinsichtlich irgendeines Verdachts einer angeblichen „psychischen Krankheit“ zu untersuchen.

Ärzten, die mich untersuchen wollen, untersage ich, den Versuch irgendeiner der Diagnosen, die im International Statistical Classification of Diseases (ICD 10. Revision, German Modification) im Kapitel V mit den Bezeichnungen von F00 fortlaufend bis F99 als „Psychische und Verhaltensstörungen“ bezeichnet werden, zu stellen.

Um Unklarheiten zu vermeiden, liste ich die an::

F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F30-F39 Affektive Störungen

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F70-F79 Intelligenzstörung

F80-F89 Entwicklungsstörungen

F90-F98 Verhaltens- u. emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit u. Jugend

F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

jeweils mit allen weiteren Unterspezifizierungen und alle später vorgenommenen Modifizierungen dieses Kapitels des ICD.



4.3. Behandlungen

Ich untersage

- Behandlungen von einem psychiatrischen Facharzt oder dem sozialpsychiatrischen Dienst.
- Behandlungen in einer psychiatrischen Station eines Krankenhauses oder vergleichbaren Einrichtung.
- jede Einschränkung meiner Freiheit wie Einsperren in einer psychiatrischen Station, Fixierung und Behandlung gegen meinen geäußerten Willen, Zwangsbehandlungen egal mit welchen als Medikament bezeichneten Stoffen oder Placebos.
- folgende weitere Behandlungen:

5. **Aufenthalt und Beistand in der letzten Lebensspanne**

Ich möchte in meiner letzten Lebensspanne

- wenn irgend möglich in meiner vertrauten Umgebung verbleiben.
- wenn möglich in ein Hospiz oder eine Pflegeeinrichtung verlegt werden.
- ins Krankenhaus verlegt werden.
- Ich wünsche mir in diesem Lebensabschnitt seelsorgliche Betreuung
- Ich wünsche mir in diesem Lebensabschnitt seelsorgliche Betreuung entlang der Leitlinien von Angelus Porta Praesidio Humana
- Ich möchte das Sakrament der Krankensalbung empfangen

Persönliche Ergänzungen zur Unterbringung und Begleitung



6. Verbindlichkeit

- Ich erwarte, dass der in dieser Patientenverfügung geäußerte Wille befolgt wird und der von mir benannte Bevollmächtigte Sorge für dessen Durchsetzung trägt.
- In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln; dazu soll diese Verfügung gemäß §1901a Abs. 2 BGB maßgeblich sein.
- Ich wünsche nicht, dass in einer unter 2. beschriebenen Situation eine Änderung meines Willens unterstellt wird – außer wenn aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen Zweifel entstehen; dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten mein mutmaßlicher, aktueller Wille zu ermitteln.

7. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidung in allen sechs Punkten dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

Bei der Erstellung wurde ich beraten von _____
(freiwillige Angabe).

Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Bestätigung durch einen Zeugen (freiwillige Angabe):

Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung unter den o.g. Voraussetzungen von der Verfasserin/Verfasser selbst unterschrieben wurde.

Ort, Datum

Unterschrift



8. Hinterlegung und regelmäßige Aufrechterhaltung

Kopien dieser Patientenverfügung sind hinterlegt bei:

1. _____ am _____

2. _____ am _____

3. _____ am _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die weitere Gültigkeit meiner Patientenverfügung (freiwillige Angabe):

1. Bestätigung:

Ort, Datum

Unterschrift

2. Bestätigung:

Ort, Datum

Unterschrift

3. Bestätigung:

Ort, Datum

Unterschrift

4. Bestätigung:

Ort, Datum

Unterschrift

5. Bestätigung:

Ort, Datum

Unterschrift



9. Verfügungsausweise

Da Sie diese umfangreiche Patientenverfügung nicht ständig bei sich tragen werden, ist es sinnvoll, einen Hinweis auf sie in Form eines Verfügungsausweises, den Sie z.B. bei Ihrem Personalausweis führen, zu geben.

Folgende Daten tragen Sie bitte in Ihrem Verfügungsausweis in den dafür vorgesehenen Feldern ein:

- a) Ihre eigenen Personalien
- b) Ort oder Person, wo Sie Ihre Patientenverfügung hinterlegt haben
- c) Person, die Sie als Bevollmächtigte/n benannt haben

<p>a)</p> <p>Verfügungsausweis für</p> <p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Strasse, Nr.: _____</p> <p>PLZ, Ort _____</p>	<p>c)</p> <p>Die bevollmächtigte Person gemäß §1896 Abs. 2 BGB ist:</p> <p>Name: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Telefon: _____</p>
<p>Ich habe eine Vorsorgevollmacht und eine Betreuungsverfügung hinterlegt bei:</p> <p>Name: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Telefon: _____</p>	<p>Ein Vertreter ist in der Patientenverfügung benannt.</p>

b)

Schneiden Sie den Ausweis aus, falten ihn in der Mitte und legen ihn in Ihr Portemonnaie bzw. zu Ihrer Krankenkassen-Karte.

Auf Wunsch drucken wir Ihnen diese Daten auf Ihren Angelus Porta Ausweis. Bitte kontaktieren Sie uns dazu per e-mail an info@angelus-porta.de.