Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Auf vielerlei Wunsch hin haben Moraltheologen, erfahrene Ärzte der Ärztevereinigung St. Lukas e.V. und Juristen gemeinsam eine Vorlage für eine Patientenverfügung für gläubige Katholiken erstellt. Es handelt sich um eine Mustervorlage, die Sie Ihrer individuellen Situation entsprechend ergänzen können. Da auch eine Patientenverfügung nicht alle Situationen vorhersehen und im Voraus entscheiden kann, empfehlen wir Ihnen, einer vertrauten Person sowie einer Vertretungsperson eine Vorsorgevollmacht zu erteilen. Sollten Sie Ihren Willen nicht mehr äußern können, dürfen die bevollmächtigten Personen in Ihrem Auftrag über medizinische Fragen entscheiden. Die bevollmächtigten Personen sollten in guter Kenntnis Ihres katholischen Glaubens und Ihrer ethisch-moralischen Grundsätze sein, um in Ihrem Sinn entscheiden zu können. Die bevollmächtigten Personen sollten über Ihre Patientenverfügung informiert sein und die Annahme der Bevollmächtigung mit ihrer Unterschrift bestätigen.

Gerne stehen wir Ihnen auch helfend zur Seite, wenn Sie sich allein überfordert fühlen oder Fragen haben.

Bei Fragen wenden Sie sich an:

Ärztevereinigung St. Lukas e.V.

Postfach 10 01 29

D-45001 Essen

E-Mail: info@kathmed.de

Webseite: www.kathmed.de

PATIENTENVERFÜGUNG von

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Meine Überzeugung:

Ich bin römisch-katholisch und demzufolge ist es meine Überzeugung, dass das menschliche Leben als von Gott geschaffenes Gut unantastbar und der freien Verfügungsgewalt des Menschen entzogen ist. Ich bin den moralischen Prinzipien meiner Kirche verpflichtet. Ich glaube an die Existenz einer unsterblichen Seele und an ein Leben nach dem Tod.

Meine Verfügung:

Ich verfüge hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann. Die Verfügung gilt insbesondere, wenn

1. ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar in einem unmittelbaren Sterbeprozess befinde;
2. ich in einen Zustand dauernder Bewusstlosigkeit durch schwere Dauerschädigung meiner Gehirnfunktion gerate;
3. es zu einem nicht behandelbaren, dauernden Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt;
4. ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde;
5. infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiderruflich erloschen ist, wie z.B. bei einer direkten Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung, ebenso wie bei einer indirekten Gehirnschädigung, wie z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen;
6. ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

Ergänzungen:

Transparenz der Prognose:

Sollte aufgrund medizinischer Befunde eine hohe Wahrscheinlichkeit für ein baldiges Sterben bestehen, so wünsche ich die klare, offene und unmissverständliche Darlegung dieser Prognose, damit ich mich auf meinen Tod vorbereiten kann. Ich erwarte auch klare Informationen bezüglich nicht mehr heilbarer oder mutmaßlich bald zum Tode führender Krankheiten.

Sterbesakramente:

Im Fall der akuten Lebensgefahr oder der drohenden Lebensgefahr aufgrund einer chronischen, zum Tode führenden Erkrankung bitte ich um Hinzuziehung eines katholischen Priesters für die Spendung der Sterbesakramente. Wenn möglich, möchte ich diese bei vollem Bewusstsein empfangen.

Der Empfang der Sterbesakramente ist mir sehr wichtig und insbesondere im akuten Notfall bitte ich darum, diesem Wunsch durch Hinzuziehen eines Priesters noch vor meinem Ableben nach Möglichkeit zu entsprechen.

Reanimation:

Sollte einer der unter 1.-6. genannten Fälle vorliegen, wünsche ich keine Maßnahmen zur Wiederbelebung im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes.

In allen anderen Situationen wünsche ich das Ergreifen wiederbelebender Maßnahmen. Falls absehbar ist, dass ein Weiterleben durch wiederbelebende Maßnahmen nur mit schweren gesundheitlichen Schäden möglich ist und so die Wiederbelebungsmaßnahmen nicht mehr im Verhältnis zum sich ergebenden Nutzen stünden, soll auf diese Maßnahmen verzichtet werden.

Intensivmedizinische Behandlung und Dauerbehandlung:

Wenn die Wahrscheinlichkeit gegeben ist, dass sich ein komatöser Zustand erholt, wünsche ich die Fortsetzung intensivmedizinischer Maßnahmen (Beatmung, Kreislaufunterstützung). Besteht nach medizinischem Ermessen keinerlei Hoffnung auf Wiedererlangung des Bewusstseins, dürfen diese intensivmedizinischen Maßnahmen auf ein palliatives, d.h. nicht mehr lebensverlängerndes Maß reduziert und der Spontanverlauf abgewartet werden.

Sollten in den unter 1.-6. genannten Situationen Komplikationen auftreten, die an sich nicht zum Tode führen (z.B. Infekte, Thrombembolien, Nierenversagen) und die durch eine fachgerechte Behandlung wieder behoben werden können, wünsche ich diese entsprechende Behandlung. Sollte diese Behandlung jedoch dauerhaft erforderlich sein, meine Leiden vermehren oder den begonnen Sterbeprozess verlängern, kann man sie beenden bzw. die Einleitung unterlassen.

Schmerz- und Betäubungsmittel

Solange als möglich wünsche ich, dass das Bewusstsein erhalten wird. Sollten zur fachgerechten Schmerz- und Symptombehandlung (z.B. Atemnot, Verwirrtheit) bewusstseinsdämpfende Mittel eingesetzt werden müssen, bin ich damit einverstanden, wenn alle anderen Möglichkeiten zur Beschwerdelinderung ausgeschöpft sind.

Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr

Hunger und Durst sollen gestillt werden, ggf. auch mit künstlicher Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Auf diese Weise sollen Leiden und Tod durch Verhungern und Verdursten verhindert werden.

Organtransplantation:

Ich wünsche keine Organentnahme zur Organspende im Zustand des Hirntodes. Konsequenterweise bin ich auch nicht potenzieller Empfänger von lebenswichtigen Organen, welche einem anderen hirntoten Patienten entnommen werden, und zwar auch dann nicht, wenn dies zu meinem Nachteil gereicht, ggf. auch bis hin zum Tode führt.

Ergänzungen:

Wichtige Adressen:

Für die Spendung der Sterbesakramente hinzuzuziehender Priester/bzw. zu informierende Pfarrgemeinde/Priorat:

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Obige Verfügung treffe ich im Vollbesitz meiner intellektuellen und geistigen Kraft.

Ich bin mir des Inhaltes und der daraus folgenden Konsequenzen meiner getroffenen Entscheidungen voll bewusst.

Ich treffe diese Verfügung freiwillig, in eigener Verantwortung sowie ohne äußeren Druck.

Ich wünsche nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Ort, Datum Unterschrift

Ort, Datum Zeuge

Vorsorgevollmacht

Für den Fall, dass ich selbst nicht mehr entscheidungsfähig bin oder meinen Willen nicht mehr äußern kann, erteile ich nachstehenden Personen eine Vollmacht für alle Entscheidungen im medizinischen Bereich. Diese Vollmacht schließt auch die Entscheidung über den Aufenthaltsort und die Unterbringung (z.B. in einem Heim) sowie freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Fixierungen, Medikamente) ein. Ich wünsche ausdrücklich, dass mich in den medizinischen Angelegenheiten die von mir ernannte bevollmächtigte Person vertritt, auch wenn ich einen anderen gesetzlichen Betreuer haben sollte. Diese Bevollmächtigung ist eine Ergänzung zur Patientenverfügung im Falle von Unklarheiten oder offenen Fragen, die mit der Patientenverfügung allein nicht geklärt werden können. Meine ethisch-moralischen, katholischen Grundsätze bestehen uneingeschränkt fort. Wenn die bevollmächtigten Personen diesbezüglich Fragen haben, mögen sie sich an die Ärztevereinigung St. Lukas oder an die angegebene Adresse des Priesters bzw. des Priorats/der Pfarrgemeinde wenden und verbindlichen Rat einholen. Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte gegenüber den unten genannten bevollmächtigten Personen von der Schweigepflicht.

Bevollmächtigte Person:

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Vertretung der bevollmächtigten Person:

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Verfügenden

_____ _____

Ort, Datum

Unterschrift des Vorsorgebevollmächtigten

_____ _____

Ort, Datum

Unterschrift der Vertretung der bevollmächtigten Person

_____ _____