

Patientenverfügung

von

Sumser

Bertha

geboren am 25.03.1933



errichtet im Rahmen der Studie
"Beratung zur Patientenverfügung"
Lehrbereich Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Freiburg

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Thomas Thum
Arzt für Allgemeinmedizin
Tropenmedizin
Dr. med. Wolfram Deiseler
Arzt für Allgemeinmedizin
Tropenmedizin
Moosmattenstr. 28
79117 Freiburg
57 85 856

Patientenverfügung

Ich, Berta Sumser,

geboren am 25.3.1933

wohnhaft in 9117 Freiburg bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn ich

- ☒ mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- ☒ mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- ☒ infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.
- ☒ 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 zunehmen.

☐

Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

Lebenserhaltende Maßnahmen

- ☐ In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern. Hierzu zählt auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte.
- ☒ In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. 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.

Schmerz- und Symptombehandlung

- ☐ In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.
- ☒ In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptombekämpfung versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Schmerzlinderung. Ich nehme die ungewollte Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen in Kauf.

Künstliche Ernährung

- ☐ In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird.
- ☒ In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt.

Künstliche Flüssigkeitszufuhr

- ☐ In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.
- ☒ In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.
- ☐ In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich die Unterlassung jeglicher künstlichen Flüssigkeitszufuhr.

Wiederbelebung

- ☐ In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung.
- ☒ In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung. Außerdem wünsche ich, dass der Notarzt nicht verständigt wird beziehungsweise dass ein hinzugezogener Notarzt unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.
- ☐ Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.
- ☐ Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen medizinischer Maßnahmen unerwartet eintreten.

Beatmung

- ☐ In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.
- ☒ In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass keine künstliche Beatmung durchgeführt beziehungsweise eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

Dialyse (künstliche Blutwäsche)

- ☐ In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.
- ☒ In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass keine Dialyse durchgeführt beziehungsweise eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

Antibiotika

- ☐ In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.
- ☒ In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.
- ☐ In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich keine Antibiotika.

Blut/Blutbestandteile

- ☐ In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.
- ☒ In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden.
- ☐ In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

Organspende

- ☐ Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.
- ☐ Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt.
- ☐ Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, **dann geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.**
- ☒ Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, **dann gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.**
- ☐ Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Sumser

Berta

, geb. am 25.3.33

Seite 4 von 7

Ort der Behandlung, Beistand

- ☐ Ich möchte zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.
- ☒ Ich möchte wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- ☐ Ich möchte wenn möglich in einem Hospiz sterben.
- ☒ Ich möchte Beistand durch folgende Personen: *Tochter Helene Auer*
- ☒ Ich möchte Beistand durch einen Vertreter oder eine Vertreterin folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft: *Kath. Pfarrer*
- ☐ Ich möchte hospizlichen Beistand.

Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein(e) Vertreter(in) – z.B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin/meinem Vertreter erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Situationen, 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. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt bei:

- ☒ meiner/ meinem Bevollmächtigten.
- ☐ meiner Betreuerin/ meinem Betreuer.
- ☒ der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt bei:

- ☒ meiner/ meinem Bevollmächtigten.
- ☐ meiner Betreuerin/ meinem Betreuer.
- ☐ der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

☒ **Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

Helene u. Ernst Chermann

Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

- ☐ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:
Bevollmächtigte(r)

Name:

Anschrift:

Telefon:

- ☐ Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl des Betreuers erstellt.
Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer

Name:

Anschrift:

Telefon:

- ☐ Ich habe eine Notfallkarte ausgefüllt.

Schlussbemerkungen

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.

Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.

Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

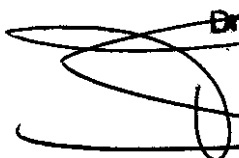
Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

☒ Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert und beraten lassen durch

Datum

16.02.10


Dr. med. Wolfram Deissler
Arzt für Allgemeinmedizin
Tropenmedizin
Moosmattenstraße 28
79117 Freiburg
Tel. 0761/63890

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes

☒ Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

wurde von mir bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.
Er/sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum

16.02.10


Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Thomas Thum
Arzt für Allgemeinmedizin
Tropenmedizin
Dr. med. Wolfram Deissler
Arzt für Allgemeinmedizin
Tropenmedizin
Moosmattenstr. 28
79117 Freiburg
57 85 856

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes

Aktualisierung

☒ Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

☐ Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

Hiermit bestätige ich meinen niedergelegten Willen:

Datum

Unterschrift

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich ihn nachstehend:

Datum

Unterschrift

Sumser Berta, geb. am 25.3.33 Seite 7 von 7