BUNDES ZENTRALSTELLE PATIENTEN VERFÜGUNG

HVD Humanistischer Verband Deutschlands

STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG*

gemäß meiner Optionen

Michael Josef Helfgerdt, geboren am **26.10.1961**
33129 Delbrück, Auf dem Busche 22, ☏ 05250 8096

Erklärung meines Willens für den Fall, dass ich diesen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

In meiner gegenwärtigen Situation erwarte ich sinnvolle intensivmedizinische Maßnahmen, solange realistische Aussicht besteht, dass ich ein **lebenswertes, umweltbezogenes Leben** wiedererlangen kann.

Unabhängig von den exemplarischen Situationen, die anschließend beschrieben werden, gilt: Versuche zur **Wiederbelebung** wünsche bzw. akzeptiere ich, aber nur unter der Bedingung, dass sie innerhalb von fünf Minuten nach dem Herz-/Kreislauf-Stillstand erfolgen.

Für diese exemplarischen Situationen

- wenn ich mich unabwendbar im **unmittelbaren Sterbeprozess** bzw. im **Endstadium** einer zum Tode führenden Erkrankung befinde; auch wenn bei schwerem, unheilbarem Leiden der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,
- wenn ich in Folge einer **schweren Gehirnschädigung** mein Bewusstsein verloren habe und dies aller Wahrscheinlichkeit nach **unwiederbringlich** ist,
- wenn ich in Folge einer **schweren Gehirnschädigung keine Einsichten mehr gewinnen kann** und (i. d. R. sprachlich) mit Menschen nicht mehr in Kontakt treten kann, **wobei das Warten auf wesentliche Besserung auf maximal eine Woche beschränkt werden soll,**
- wenn ich aufgrund eines weit fortgeschrittenen **Hirnabbauprozesses** trotz Hilfestellung Nahrung nicht mehr auf natürliche Weise zu mir nehmen kann; auch wenn bei Demenz ein noch nicht so weit fortgeschrittenes Stadium vorliegt, aber eine **organisch bedingte Lebensbedrohung** hinzutritt, die nur durch intensivmedizinische bzw. belastende Maßnahmen abwendbar ist,
- wenn **körperliche Dauerschädigungen** mit bleibender Bettlägerigkeit bzw. **Schwerstpflegebedürftigkeit** vorliegen,

treffe ich nachstehende Festlegungen:
Ich wünsche und erwarte neben angemessener Zuwendung und Körperpflege in jedem Fall eine **fachgerechte Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen** wie Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe u. a. Wenn quälende Symptome anders nicht hinreichend zu lindern sind, wünsche ich auch **sedierende Mittel oder Medikamente,** die mich sehr müde machen oder mein Bewusstsein einschränken können. Als mögliche, aber unwahrscheinliche Nebenwirkung, würde ich auch eine – ärztlicherseits unbeabsichtigte – Lebensverkürzung in Kauf nehmen.

In den genannten exemplarischen Situationen sollen mir Belastungen insbesondere durch Intensivmaßnahmen erspart bleiben und ich wünsche bzw. nehme in Kauf, dass man mich sterben lässt. Dann will ich **keine lebenserhaltenden Maßnahmen mehr wie Dialyse, Amputation, Organoperation oder andere Eingriffe.** Auf **Versuche zur Wiederbelebung** soll dann unbedingt verzichtet werden. Ein **Notarzt** soll bei Herz-/Kreislauf-Stillstand (in heimischer Umgebung) dann nicht mehr verständigt werden. Dann will ich auch **keine künstliche Beatmung** mehr bzw. eine schon eingeleitete ist einzustellen. Ich setze dabei voraus, dass ich Medikamente (Morphin) zur hinreichenden Linderung von Atemnot erhalte. Darüber hinaus lehne ich **Antibiotika** und andere Medikamente dann ab. Ich will dann keinerlei Stabilisierung oder mögliche Lebensverlängerung mehr.

Das **Stillen von Hunger- und Durstempfinden** soll so lange wie möglich auf *natürliche Weise* erfolgen, ggf. mit Hilfe (Handreichung) bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Dann will ich aber **keine künstliche Ernährung** mehr, unabhängig von der Form (Magensonde durch Bauchdecke [»PEG«] oder durch Nase ebenso wenig wie Kalorienzufuhr durch venöse Zugänge). Prinzipiell wünsche ich dann nur noch Flüssigkeit, die ich auf natürlichem Wege über den Mund aufnehmen kann.

** Nach Textbausteinen einer medizin-ethischen Expertengruppe, die vom Bundesministerium der Justiz 2003 eingesetzt worden war. Diese Vorlage wurde nach langjähriger Praxiserprobung und -erfahrung (u. a. durch den Hospizdienst V.I.S.I.T.E.) mehrfach erweitert.*

V.I.S.I.T.E. Ambulantes Hospiz Palliativberatung

Auf **künstliche Flüssigkeitszufuhr** soll verzichtet werden, es sei denn, sie wäre in vermindertem bzw. angemessenem Maße palliativmedizinisch erforderlich. Auf die fachgerechte Mundpflege und -befeuchtung ist besonderer Wert zu legen.

Wünsche, Angaben und Hinweise:
Ich möchte, wenn irgend möglich, in meiner vertrauten Umgebung verbleiben und wünsche Sterbebegleitung durch einen ambulanten Pflege-, Palliativ- oder Hospizdienst. Bei Bedarf würde ich auch in einem Hospiz sterben wollen. Auf jeden Fall möchte ich dort sein, wo meine **Würde, Versorgung und Selbstbestimmung** am besten gewahrt sind. Ich wünsche Beistand durch den Arzt meines Vertrauens Dr. Johannes Meiß (05250 50030; 05250 52758 [p.]).

Im Extremfall medizinisch nicht beherrschbarer, unerträglicher Leidenssymptome stimme ich auch einer Bewusstseinsausschaltung (»künstlichem Tiefschlaf«) zu.

Die von mir bevollmächtigte(n) Person(en) soll(en) – nach ärztlicher Aufklärung – das »letzte Wort« im Prozess der Entscheidungsfindung haben. Bei notwendig werdenden Interpretationen kommt ihr (ihnen) ein eigener Ermessensbereich zu.

Ich stimme einer **Organentnahme** zum Zweck der Transplantation zu. Intensivmedizinische Maßnahmen dürfen dann zur Vorbereitung der Organentnahme nach Hirntodfeststellung weitergeführt werden. Ich bin mit einer **Gewebeentnahme** (zur Spende) nach eingetretenem Tod einverstanden.

X Nordhagen, den 21.10.16 Michael Hellgardt

Ort, Datum *Unterschrift der/des **Verfügenden***

Bezeugung *(wenngleich nicht gesetzlich vorgeschrieben)*

Ich habe mich von der Identität der/des Verfügenden, welche/r die vorliegende Willenserklärung unterzeichnet hat, überzeugt. Mir liegen keine Anzeichen dafür vor, welche die zugrunde liegende freie Willensfähigkeit in Zweifel ziehen.

Name, ggf. Funktion oder Beruf, Adresse, Telefon

Die Bezeugung bezieht sich auch darauf, dass eine Beschäftigung mit den medizinischen Entscheidungsfragen (nach Beratung) voraus gegangen ist. ☐ **Ja** ☐ **Nein**

Stempel von Arztpraxis, Beratungsstelle o. ä. *Ort, Datum* *Unterschrift der/des **Bezeugenden***

Raum für spätere Korrekturen bzw. Ergänzungen *(mit Datum und Unterschrift)*

Aktualisierung *(für spätere Bekräftigung mit Datum und Unterschrift)*

Aktualisierungsmarke

Nordhagen, den 23.2.25

Michael Hellgardt

*Bei Hinterlegung im HVD: **Aktualisierungsmarke hier einkleben** (alle zwei Jahre, dabei ältere Marken überkleben).*