



Name, Vorname _____

geboren am _____

Tag / Monat / Jahr

in _____

Ich bin seit _____

Monat / Jahr

an _____

erkrankt und treffe nachfolgende Bestimmungen, auch für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann. Über meine Erkrankung, eine Amyotrophe Lateralsklerose, und deren Verlauf bin ich umfassend informiert.

1. Bestimmungen zur ärztlichen Behandlung

1.1 Beatmungsversorgung (nicht invasiv)

- Ich wünsche, wenn die medizinische Notwendigkeit besteht, eine Atemhilfe mittels nicht-invasiver Maßnahmen.
- Ich lehne eine Atemhilfe mittels nicht-invasiver Maßnahmen ab.

1.2 Beatmungsversorgung (invasiv)

- Ich wünsche, wenn die medizinische Notwendigkeit besteht, eine Beatmung mittels invasiver Maßnahmen (Luftröhrenschnitt und Anlage einer Trachealkanüle; „künstliche Beatmung“).
- Ich lehne eine Beatmung mittels invasiver Maßnahmen (Luftröhrenschnitt und Anlage einer Trachealkanüle; „künstliche Beatmung“) ab.

1.3 Einstellung einer Beatmungstherapie

Ich wünsche die Einstellung einer schon eingeleiteten Beatmungstherapie (invasiv oder nicht-invasiv)

- zu einem Zeitpunkt, den ich mir selbst vorbehalten,
- wenn ich nicht mehr kommunizieren kann,
- wenn ich nicht mehr kommunizieren kann und neurologische Untersuchungen mittels EEG eine allgemeine Hirnfunktionsstörung zeigen,
- wenn im Krankheitsverlauf eine Demenz entsteht,
- auch wenn das bedeutet, dass ich sterben werde.

1.4 Fortführung einer Beatmungstherapie

- Ich wünsche ausdrücklich die Fortführung einer schon eingeleiteten Beatmungstherapie (invasiv oder nicht-invasiv), auch wenn ich nicht mehr kommunizieren kann. Über die Konsequenzen bin ich ausreichend aufgeklärt.

2.1 Ernährungstherapie

Sollten Sie sich im Verlauf der Erkrankung für die Anlage einer Magensonde (PEG) entscheiden oder wurde bereits eine PEG angelegt, dann beantworten Sie bitte die folgenden Punkte:

Ich wünsche die Einstellung einer schon eingeleiteten Ernährungstherapie

- zu einem Zeitpunkt, den ich mir selbst vorbehalte,
- wenn ich nicht mehr kommunizieren kann,
- wenn ich nicht mehr kommunizieren kann und neurologische Untersuchungen mittels EEG eine allgemeine Hirnfunktionsstörung zeigen,
- wenn im Krankheitsverlauf eine Demenz entsteht.

3.1 Palliative Medikamentenbehandlung

- Ich wünsche, wenn die medizinische Notwendigkeit besteht, die Behandlung mit Medikamenten zur Linderung von belastenden Symptomen (z.B. Atemanstrengung; Schmerzen; Angst; Unruhe). Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch die Medikamentenbehandlung wird von mir akzeptiert.

3.2 Bestimmungen zu Maßnahmen der Wiederbelebung

- Mit der Durchführung von Wiederbelebungsmaßnahmen bin ich einverstanden, wenn ein Kreislaufstillstand oder Atemversagen im Rahmen medizinischer Maßnahmen unerwartet eintritt.
- Ich lehne die Wiederbelebungsmaßnahmen grundsätzlich ab.

4.1 Bestimmungen zum Ort des Sterbens

- Ich möchte, wenn möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- Ich möchte, wenn möglich, in einem Hospiz sterben.
- Ich möchte zum Sterben in ein Krankenhaus aufgenommen werden.

4.2 Bestimmungen zum Beistand

Ich wünsche Beistand durch folgende Person/en

Ich wünsche Beistand durch einen Vertreter (m/w) folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft

5. Bestimmungen zur Gewebespende

- Ich stimme einer Entnahme von Gewebeproben meines Körpers nach dem Tod zu. Die Gewebespende dient der Erforschung von Krankheitsmechanismen und der Entwicklung zukünftiger Therapien.
- Ich lehne die Entnahme von Gewebeproben meines Körpers nach dem Tod zum Zwecke der Erforschung von Krankheitsmechanismen und der Entwicklung zukünftiger Therapien ab.

6. Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Name, Vorname _____

wurde von mir am _____

Tag / Monat / Jahr

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt. Sie/Er war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum _____

Tag / Monat / Jahr

Stempel / Unterschrift Arzt (m/w)

Hinweis: Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch einen Notar bestätigt werden.

7. Schlussbemerkungen

- Mir ist die Möglichkeit einer Änderung und des Widerrufs der Patientenverfügung bekannt.
- Ich bin mir des Inhaltes und der Konsequenzen meiner getroffenen Entscheidungen bewußt.
- Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.
- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.
- Die Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

Ort, Datum

Unterschrift

8. Ich wünsche folgende Änderung in meiner Patientenverfügung:

Ort, Datum

Unterschrift

9. Vorsorgevollmacht

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht u.a. für die Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen

Name, Vorname _____

Telefonnummer _____

Dieses Muster der Patientenverfügung ist auf die Entscheidungssituationen für Menschen mit Amyotropher Lateralsklerose (ALS) ausgerichtet. Das Dokument basiert auf der Patientenverfügung, die von der Ambulanz für ALS und andere Motoneuronenerkrankungen an der Charité – Universitätsmedizin Berlin erarbeitet und bereitgestellt wurde.