

**PATIENTENVERFÜGUNG
VON
OSKAR GRAF**

Oskar Graf
Untertorstrasse 2
78315 Radolfzell
geboren am 30.03.1955
Tel. 017683842138

- Verfügender -

Ich, Oskar Graf, geboren am 30.03.1955, wohnhaft: Untertorstrasse 2, 78315 Radolfzell, errichte im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte diese Patientenverfügung. Sie gilt für den Fall, dass ich in einen Lebenszustand gerate, in dem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiderruflich verloren habe und nicht mehr in der Lage sein sollte, meine Wünsche bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person zu äußern.

Bei allen folgenden Fallgestaltungen ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus dem Zustand der Bewusstlosigkeit nicht ganz sicher auszuschließen ist.

1. Gesundheitliche Situation

Meine Patientenverfügung verfasse ich als allgemeine Vorsorgemaßnahme, es ist kein konkreter medizinischer Eingriff bei mir geplant.

Aktuell ist meine Gesundheit beeinträchtigt, ich leide aber nicht an einer Krankheit mit tödlichem Verlauf. Ich bin allerdings im Alltag auf Unterstützung angewiesen, habe aber keinen Pflegegrad.

2. Reanimation

Ich widerspreche grundsätzlich und vorrangig vor allen weiteren Bestimmungen der Durchführung sämtlicher Wiederbelebungsmaßnahmen nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand.

3. Diagnosen, bei denen ich unter keinen Umständen weiterleben möchte

Die folgenden Regelungen sollen vorrangig vor und unabhängig von den nachfolgenden Bestimmungen zu einzelnen Situationen bei folgenden Diagnosen gelten:

- Apallisches Syndrom (Wachkoma)
- Locked-In-Syndrom
- Maligner Hirntumor
- Schwerer Hirnschaden (NIHSS >15 über mind. 48 Stunden) z. B. in Folge eines Schlaganfalls oder einer Hirnblutung
- Hepatische Enzephalopathie (Leberkoma)
- fortgeschrittene Demenz

Ist das Vorliegen einer der genannten Diagnosen fraglich, so ist die Diagnose dann als vorliegend zu betrachten, wenn zwei Fachärzte, die einer klinischen Fachrichtung angehören, welche mit der Feststellung der fraglichen Diagnose befasst ist, das Vorliegen der Diagnose bestätigen. Dabei sollen die unten genannten Regelungen auch dann gelten, wenn bezüglich der Diagnose grundsätzlich eine Aussicht auf Besserung besteht.

Liegt eine der genannten Diagnosen vor, gestatte ich ausschließlich Palliativtherapie, insbesondere zur Linderung von Schmerzen. Allen anderen Eingriffen und Behandlungen zur Lebenserhaltung widerspreche ich. Insbesondere verstehe ich darunter:

- jegliche Form invasiver Therapie und Operationen
- antibiotische Behandlung
- künstliche Ernährung
- maschinelle Beatmung
- Dialyse
- Reanimation

Darüber hinaus wünsche ich, dass Ärzte sämtliche Maßnahmen, soweit gesetzlich zulässig auf eine Sterbehilfe ausrichten, wenn bei mir eine der oben genannten Diagnosen gestellt wird. Dies bedeutet, dass mir unter gleichzeitigem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen, Medikamente in einer auf maximale Schmerzlinderung ausgerichteten Menge verabreicht werden sollen. Insbesondere auch dann, wenn dadurch der Augenblick meines Todes früher eintreten könnte, soll diese Regelung gelten.

4. Behandlungsgrenzen für bestimmte Situationen

Die unten gelisteten Behandlungsgrenzen sollen dann gelten, wenn:

1. Ich mich in unmittelbarer Todesnähe befinde und die unten gelisteten Maßnahmen nur den aller Wahrscheinlichkeit nach nicht mehr abwendbaren, unmittelbaren Sterbeprozess verzögern würden.
2. Ich mich im Endstadium einer tödlich verlaufenden Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Es gilt Folgendes:

- Ich akzeptiere keine künstliche Ernährung
- Ich akzeptiere keine maschinelle Beatmung und keinen Luftröhrenschnitt
- Ich widerspreche der Durchführung der Dialyse
- Ich widerspreche der Durchführung von Bluttransfusionen

5. Medikamente

Grundsätzlich gestatte ich die Verabreichung leidenslindernder Medikamente, insbesondere solcher die Schmerzen, Angst und Krankheitssymptomen entgegenwirken, selbst, wenn dies unter Umständen meine Lebenszeit verkürzen kann. Insbesondere gestatte ich auch die Verabreichung von bewusstseinstrübenden bzw. bewusstseinsdämpfenden Medikamenten.

6. Organspende

Ich möchte keine Organe empfangen.

Ich möchte keine Organe spenden.

7. Vertrauenspersonen

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Meine Vertrauensperson/en soll/en dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Ich wünsche mir, dass die behandelnden Ärzte bei der erforderlichen medizinischen Behandlung meine Vertrauensperson/en zur Beratung hinzuziehen. Dieser gegenüber entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht.

Meine Vertrauenspersonen können Handlungsanweisungen z. B. an Ärzte oder Pflegepersonal darüber erteilen, wie in einem künftigen Notfall hinsichtlich einer medizinischen Maßnahme oder Behandlung bzw. deren Zuführung zu entscheiden ist. Über diese Handlungsanweisung ist mit dem behandelnden Arzt ein vorweggenommenes Einvernehmen herzustellen und schriftlich für die Krankenakte bzw. für die Pflegeunterlagen zu dokumentieren.

Meine Vertrauensperson/en:

- **Gudrun Graf**

Adresse: Untertorstrasse 2, 78315 Radolfzell

Telefon: 07732-941199 / 0176 838 199 86

Geboren am: 17.10.1967

Jede Vertrauensperson, die ich hier benenne, ist in Bezug auf die erteilte Vollmacht für die genannten Bereiche alleinvertretungsberechtigt.

8. Persönliche Angaben

Ich ergänze meine Patientenverfügung um die folgenden von mir selbst verfassten Angaben. Sofern ich Angaben zu der Durchführung oder Unterlassung konkreter Behandlungsmaßnahmen mache, so sollen diese nur gelten, sofern sie gesetzlich zulässig sind (insbesondere in Bezug auf das Urteil des BGH, 06.07.2016 - XII ZB 61/16):

Da ich mich auf der "Zielgeraden" des Lebens mit diesem Körper befinde; ich bis heute ein spannendes, gesundes und erfülltes Leben gelebt hatte in welchem ich mich selbstverwirklichen konnte, möchte ich in Würde sterben ohne an Schläuchen oder nicht mehr selbstbestimmt vegetieren zu müssen. Ich bin seit jahrzehnten aufgenommen in den Bund der Freimaurer und beschäftige mich seitdem wie alle Freimaurer-Meister mit "dem Gang in den Osten" wie wir den Tod und das Leben danach bezeichnen. Daraus resultiert das Verständnis dass der Punkt des Todes wieder zur Ursprünglichkeit führt - mein Geist wird wieder körperlos und der Körper wieder zu Staub. Und in meinem Verständnis beginnt dann wieder ein neuer Zyklus. Deshalb ist es nicht schlimm diesen Körper zu verlassen - sondern ich bin neugierig auf das was kommt.

9. Schlussbestimmungen

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich 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.

Sollte ich von selbst oder auf Befragung diese Patientenverfügung ganz oder teilweise widerrufen und Zweifel an meiner Einwilligungsfähigkeit bestehen, so verlange ich, dass durch ein Kurzgutachten eines Facharztes für Neurologie oder Psychiatrie festgestellt wird, dass ich noch die notwendige Einsichts- und Willensfähigkeit für einen Widerruf meiner Patientenverfügung habe. Sollte dies nicht der Fall sein, so hat es bei meinen in dieser Patientenverfügung niedergelegten Entscheidungen zu verbleiben.

Ich möchte nicht, dass mir nur aufgrund eines Erstarkens des Lebenswillens, eines situativ-spontanen Verhaltens oder aus Worten und Gesten ein Widerruf meiner Patientenverfügung unterstellt wird, obwohl dies nach den gesetzlichen Regelungen möglich wäre.

Hiermit bestätige ich, die vorstehenden Angaben aus freiem Willen und ohne äußeren Druck gemacht zu haben und dass ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte bin. Ich erwarte von allen Beteiligten, dass dieser Verfügung unbedingt Folge geleistet wird. Sollte eine Situation nicht hinreichend beschrieben oder eine Bestimmung nicht umsetzbar sein, so soll der aus meinen Dokumenten mutmaßlich anzunehmende Wille umgesetzt werden. Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

Radolfzell 28/8/2021 Oskar Graf
Ort, Datum, Unterschrift Oskar Graf

Oskar Graf wurde von mir am 25.1.22 bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt. Er war in vollem Umfang einwilligungsfähig. 20100
11.2.22 Radolfzell
Ort, Datum, Unterschrift des Hausarztes

Berufsausübungsgemeinschaft
Dr. med. Thomas Gambacher
Dr. med. Klaus Kreck-Waingarten
Fachärzte für Innere Medizin
Böhringer Str. 50 - 78315 Radolfzell
Tel. 0732/55744 - Fax: 52878

Stempel des Hausarztes

Die folgenden Angaben sind nicht Teil meiner Patientenverfügung. Ich hänge sie ihr ergänzend an, um meinen Vertrauenspersonen in kritischen Situationen eine Entscheidungshilfe zu bieten:

Handlungsempfehlungen für meine Vertrauenspersonen für den Fall, dass sie Entscheidungen in meinem Namen treffen müssen

Sollten trotz meiner Angaben Situationen eintreten, die in meiner Patientenverfügung nicht explizit beschrieben sind und müssen Vertrauenspersonen in Absprache mit Ärzten daher auf meinen mutmaßlichen Willen zur Entscheidungsfindung zurückgreifen, dann wünsche ich, dass diese bei ihrer Entscheidung über die Durchführung jeglicher Maßnahmen meine persönlichen Grenzen der von mir tolerierten minimalen Lebensqualität berücksichtigen. Kommen zwei Fachärzte unabhängig voneinander zu der Einschätzung, dass eine angedachte Maßnahme mit hoher Wahrscheinlichkeit und über einen andauernden Zeitraum von mehr als zwölf Monaten zu einem Ergebnis führen würde, welches ich auf Grundlage der von mir definierten minimalen Lebensqualität nicht tolerieren würde, dann bitte ich, von der Durchführung dieser Maßnahme abzusehen. Die Grenze der minimalen Lebensqualität ist für mich unterschritten, wenn:

- Es in alltäglichen Situationen für Dritte sofort ersichtlich ist, dass mein Sprachvermögen hinsichtlich Wortfindung und Artikulation signifikant eingeschränkt ist.
- Ich nicht mehr in der Lage dazu bin, zu lesen.
- Der Verlust meines Hörvermögens so stark ausgeprägt ist, dass ich auch mit Hilfe von Hörgeräten keine Sprache mehr verstehen kann.
- Ich in meiner körperlichen Beweglichkeit derart eingeschränkt bin, dass ich mich nur mit Hilfe von Gehstützen bewegen kann.
- Bei mir eine irreversible Taub-Blindheit vorliegt.
- Ich auf dauerhafte und professionelle Pflege angewiesen bin.

Übersicht zur Patientenverfügung von **Oskar Graf**

Hinweis

Diese Übersicht ist eine kurze und vereinfachte Zusammenfassung meiner Behandlungswünsche. Alle Entscheidungen werden in meiner Patientenverfügung umfassend erläutert und ausformuliert. Diese hat stets Vorrang.

Reanimation

Unter keinen Umständen gestattet

Diagnosen, bei denen ich unter keinen Umständen weiterleben möchte

Keinerlei lebenserhaltende Maßnahmen bei folgenden Diagnosen:

- Apallisches Syndrom (Wachkoma)
- Locked-In-Syndrom
- Maligner Hirntumor
- Schwerer Hirnschaden (NIHSS >15 über mind. 48 Stunden) z. B. in Folge eines Schlaganfalls oder einer Hirnblutung
- Hepatische Enzephalopathie (Leberkoma)
- fortgeschrittene Demenz

Behandlungsgrenzen für bestimmte Situationen

Wenn eine der folgenden Situationen vorliegt:

- Unmittelbare Todesnähe, nicht mehr abwendbarer Sterbeprozess
- Endstadium einer unheilbaren Krankheit mit tödlichem Verlauf

Schließe ich alle folgenden Behandlungsmaßnahmen aus:

- Künstliche Ernährung
- Maschinelle Beatmung, Luftröhrenschnitt
- Dialyse
- Bluttransfusionen

Organspende

Ich möchte keine Organe empfangen.

Ich möchte keine Organe spenden.