

Patientenverfügung für den Bereich der psychischen Gesundheit

1. Persönliche Angaben

1.1 Vorname(n), Name: _____

1.2 Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

1.3 Adresse: _____

1.4 Meine persönliche Situation und Einstellung zu meiner Erkrankung, zu psychischen Krisen und zur Behandlung:

Falls der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte eine extra Seite.

1.5 Für den Fall, dass ich im Rahmen einer psychischen Krise oder Krankheit nicht mehr in der Lage bin, in bestimmte medizinische Maßnahmen rechtswirksam einzuwilligen, soll Folgendes beachtet werden bzw. bestimme ich das Folgende:

Hinweis: Falls Sie weitere Patientenverfügungen haben, die andere Situationen, z.B. körperliche Erkrankungen, betreffen, fügen Sie diese bitte bei oder geben Sie an, wo die weiteren Dokumente aufbewahrt werden.

1.6 Ich habe Dokumente im Vorsorgeregister der Notarkammer registriert. ja nein

1.7 Rechtliche Vertretung und Umsetzung meiner Behandlungswünsche

Bitte kreuzen Sie hier nur eine Option an.

Ich habe eine Vorsorgevollmacht. Bevollmächtigt ist: (Name und Telefonnummer)

Ich habe einen gerichtlich bestellten Betreuer: (Name und Telefonnummer)

Wenn ein Betreuer bestellt werden muss, schlage ich dem Gericht die folgende Person vor: (Name, Adresse und Telefonnummer)

Es soll kein Betreuer bestellt werden, sofern das rechtlich möglich ist.

2. Für den Fall einer Krankenhausaufnahme

2.1 Benachrichtigung nahestehender Personen sowie ggf. des Arbeitgebers und eines Rechtsvertreters

Ich wünsche, dass die folgenden Personen umgehend verständigt werden:
(Namen und Telefonnummern)

2.2 Schweigepflichtsentbindung

Ich wünsche, dass die folgenden Personen Auskunft über meine Krankenhausaufnahme, meine Diagnose und meine Behandlung erhalten:
(Namen und Telefonnummern)

2.3 Die folgenden Personen sollen nicht benachrichtigt werden:

2.4 Fürsorge für Kinder, andere hilfsbedürftige Personen und Haustiere

In meinem Haushalt sind Kinder zu versorgen: (Name und Alter der Kinder)

Zu deren Versorgung soll die folgende Person umgehend verständigt werden:
(Name und Telefonnummer)

In meinem Haushalt sind hilfsbedürftige Personen zu versorgen: (Name und Telefonnummer)

Zu deren Versorgung soll die folgende Person umgehend verständigt werden:
(Name und Telefonnummer)

In meinem Haushalt sind Tiere zu versorgen: (Art und Anzahl der Tiere)

Zu deren Versorgung soll die folgende Person umgehend verständigt werden:
(Name und Telefonnummer)

3. Medizinische Untersuchungen und Behandlung

3.1 Bei mir sind die folgenden psychischen und/oder körperlichen Krankheiten oder Behinderungen bekannt:

3.2 Bei der Durchführung von medizinischen Untersuchungen (Diagnostik) und Behandlungsmaßnahmen ist Folgendes zu beachten: (z.B. regelmäßig einzunehmende Medikamente, Medikamentenunverträglichkeiten, notwendige Hilfsmittel, notwendige Therapien)

3.3 Weitere Hinweise für meine Behandlung:

3.4 Hinsichtlich der hier aufgeführten medizinischen Untersuchungen bestimme ich das Folgende:

	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu
Körperliche Untersuchung und Blutuntersuchungen (insbes. zur Feststellung von relevanten körperlichen Krankheiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRT- oder CT-Untersuchungen (insbes. zur Abklärung von Gehirnentzündungen, Gehirnverletzungen, Schlaganfällen, Hirnblutungen u.a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquorpunktion (Untersuchung des Nervenwassers) zur Feststellung von entzündlichen Gehirnerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle weiteren medizinisch angezeigten (indizierten) Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

3.5 Hinsichtlich der hier aufgeführten Behandlungsmaßnahmen bestimme ich das Folgende:

	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu
Behandlung mit antidepressiven Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung mit beruhigenden Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung mit Neuroleptika (Antipsychotika)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung mit stimmungsstabilisierenden Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrokonvulsionstherapie (EKT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.6 Ich wünsche die Behandlung konkret mit den folgenden Medikamenten, sofern diese medizinisch angezeigt (indiziert) sind:

1. _____
2. _____
3. _____

3.7 Folgende Behandlungsmaßnahmen habe ich in der Vergangenheit nicht oder schlecht vertragen: (Bitte, wenn möglich, Nebenwirkungen angeben)

Bemerkungen:

3.8 Folgende Behandlungsmaßnahmen lehne ich ab:

Bemerkungen:

3.9 Für einen etwaigen Krankenhausaufenthalt habe ich darüber hinaus folgende Wünsche an das Personal:

3.10 Ich lehne eine psychiatrische Behandlung grundsätzlich ab.

- Ich bin mir darüber im Klaren, dass mir daraus unter Umständen ein schwerer, womöglich dauerhafter und irreversibler gesundheitlicher oder sozialer Schaden entstehen kann. Außerdem ist mir klar, dass diese Ablehnung nicht berücksichtigt wird, wenn der Grund für die zwangsweise Unterbringung die Notwendigkeit der Abwehr von Gefahren für Dritte ist. (Dieser Hinweis ist juristisch erforderlich, vgl. BGH XII ZB 232-21.)
-

4. Maßnahmen gegen meinen natürlichen Willen

Hinweis: Maßnahmen gegen den natürlichen Willen einer nicht-einwilligungsfähigen Person (Zwangsmaßnahmen) müssen, wenn möglich, vermieden werden. Bevor Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden dürfen, müssen erst alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft worden sein. Das gilt für zwangsweise Unterbringungen, freiheitsentziehende und -beschränkende Maßnahmen sowie Zwangsbehandlungen.

4.1 Zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen eignen sich nach meiner Erfahrung oder Ansicht in psychischen Krisensituationen folgende Maßnahmen, um mich zu stabilisieren oder zu beruhigen:

- Eine Vertrauensperson hinzuziehen (Name und Telefonnummer)
-
- Kontakt mit meinem/r behandelnden Arzt/Ärztin oder Psychotherapeuten/in aufnehmen (Name und Telefonnummer)
-
- Rückzug in eine reizarme Umgebung
- Aufenthalt im Freien
- Bewegung (z.B. Laufen, Sandsack)
- Bad nehmen
- Gespräch führen
- Intensive Einzelbetreuung
- Sonstiges:
-

4.2 Unterbringung

Falls eine zwangsweise Unterbringung nach Ausschöpfung aller Alternativen unumgänglich wird,

- möchte ich nach Möglichkeit in dem folgenden Krankenhaus behandelt werden:
(Name und Stadt des Krankenhauses)
-

Kreuzen Sie hier bitte nur eine der beiden folgenden Auswahlmöglichkeit an.

- möchte ich nach Möglichkeit auf einer offenen Station behandelt werden.
- möchte ich nach Möglichkeit auf einer geschützten (geschlossenen) Station behandelt werden.

Bemerkungen:

4.3 Freiheitsentziehende und freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Hinweis: Falls eine freiheitsentziehende Maßnahme zur Abwehr einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung nach Ausschöpfung aller Alternativen unumgänglich ist, gibt es verschiedene Alternativen.

Am ehesten würde ich die unten genannten Maßnahmen in folgender Reihenfolge akzeptieren: (1: am ehesten akzeptierte Maßnahme; 3: am wenigsten akzeptierte Maßnahme)

- Isolierung
- Festhalten
- Fixierung

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass nicht jede der aufgeführten Maßnahmen in jedem Krankenhaus vorhanden sein muss.

4.4 Bei der Durchführung der Maßnahmen soll Folgendes beachtet werden:

4.5 Zwangsbehandlungen

Hinweis: Eine Zwangsbehandlung darf nur nach Ausschöpfung aller Alternativen erfolgen. Vor einer solchen Behandlung gegen den (geäußerten) natürlichen Willen muss immer versucht werden, den Patienten von der Durchführung zu überzeugen.

Falls eine medikamentöse Zwangsbehandlung durchgeführt werden muss, bevorzuge ich, sofern eine entsprechende medizinische Indikation vorliegt:

- eine Spritze in den Muskel (i.m.-Injektion)
- eine Spritze in eine Vene (i.v.-Injektion)

Bemerkungen:

5. Widerruf und Schlussformel

5.1 Umgang mit einem Widerruf meiner Patientenverfügung

Falls ich diese Patientenverfügung im einwilligungsfähigen Zustand widerrufe, gilt dieser Widerruf unmittelbar. Diese Patientenverfügung ist dann nicht mehr zu beachten.

Für den Fall, dass ich diese Patientenverfügung in einem Zustand widerrufe, in dem ich nicht einwilligungsfähig bin, bestimme ich das Folgende:

(Bitte kreuzen Sie nur eine Option an)

- Ich möchte, dass der Widerruf auch in diesem Fall gilt. Diese Patientenverfügung soll dann nicht mehr beachtet werden.
- Ich möchte, dass der Widerruf in diesem Fall nicht beachtet wird. Die Festlegungen in meiner Patientenverfügung sollen weiterhin gelten.
- Ich wünsche, dass das Gericht, das über diagnostische oder therapeutische Maßnahmen entscheidet, den Inhalt dieser Patientenverfügung und meinen hier zum Ausdruck gebrachten Willen im Rahmen seiner Prüfung beachtet.
- Ich möchte für diese Situation keine Festlegung treffen.

5.2 Schlussformel/Schlussbemerkungen

Ich wünsche, dass diese Patientenverfügung unmittelbar gilt, auch wenn ich keine ärztliche Aufklärung in Anspruch genommen habe. 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.

Ort

Datum

Unterschrift

6 Ärztliche Beratung und Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Hinweis: Eine ärztliche Beratung ist nicht vorgeschrieben, wird aber dringend empfohlen.

Herr/Frau _____ wurde von mir bei der Erstellung dieser Patientenverfügung beraten. Hierbei ergaben sich keine Hinweise auf eine eingeschränkte Einwilligungsfähigkeit.

Ort

Datum

Unterschrift und Stempel
der Ärztin/des Arztes