

**PATIENTENVERFÜGUNG**  
**VON**  
**HUBERTUS HEUCKMANN**

Hubertus Heuckmann  
Am Kolk 3a  
49497 Mettingen  
geboren am 20.03.1966  
Tel. 05452 2010

**- Verfügender -**

Ich, Hubertus Heuckmann, geboren am 20.03.1966, wohnhaft: Am Kolk 3a, 49497 Mettingen, 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 befinde ich mich bei guter Gesundheit. Insbesondere leide ich nicht an einer schweren Krankheit mit tödlichem Verlauf und bin auch nicht im Alltag auf Pflege oder sonstige Unterstützung angewiesen.

### **2. Reanimation**

Ich möchte grundsätzlich reanimiert werden. Ausgenommen von dieser Grundsatzbestimmung sind lediglich Fälle, in denen ein Herz-Kreislauf Stillstand seit mindestens 10 Minuten ohne bereits eingeleitete Wiederbelebungsversuche (wie z. B. Herz-Lungen-Wiederbelebung) besteht (sofern keine klinisch relevante Unterkühlung vorliegt), oder unbeobachtet eingetreten ist.

### **3. Grundsatzbestimmungen**

Sollte ich mich in unmittelbarer Todesnähe befinden, bevorzuge ich es, im Hospiz zu sterben.

#### **4. 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
- Schwere 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.

## **5. 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

## **6. 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.

## **7. Organspende**

Ich möchte uneingeschränkt Organe empfangen.

Ich möchte uneingeschränkt Organe spenden.

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.

## 8. 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:

- **Ursula Schmidt**

Adresse: Steinbreede 58, 49497 Mettingen

Telefon: 05452 4241

Geboren am: 12.07.1970

- **Anna-Lena Kandelhardt**

Adresse: Neuenkirchener Straße 24a, 49497 Mettingen

Telefon: 05452 4241

Geboren am: 27.08.1997

- **Heinrich Heuckmann**

Adresse: Mühlenstraße 6, 49497 Mettingen

Telefon: 01715723585

Geboren am: 20.03.1966

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

## 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.

Mettingen, 07.06.2023, H. Heuckmann  
Ort, Datum, Unterschrift Hubertus Heuckmann

Hubertus Heuckmann wurde von mir am \_\_\_\_\_ bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt. Er war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Hausarztes

Stempel des Hausarztes

## Weitere Unterschriftsfelder zur Bekräftigung der Gültigkeit

Hinweis für den Verfasser: Wir empfehlen, jährlich zu überprüfen, ob die Patientenverfügung noch Ihrem aktuellen Willen entspricht. Ist dies der Fall, können Sie mit einer erneuten Unterschrift die Gültigkeit Ihrer Patientenverfügung bekräftigen. Heften Sie dazu einfach diese Seite an Ihre Patientenverfügung. Falls Sie Änderungen vornehmen möchten, können Sie Ihr Dokument mit Afilio jederzeit kostenlos aktualisieren.

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend in vollem Umfang.

Mettingen, 07.06.2023. H. Heuckmann  
Ort, Datum, Unterschrift Hubertus Heuckmann

---

Ort, Datum, Unterschrift Hubertus Heuckmann

## Übersicht zur Patientenverfügung von **Hubertus Heuckmann**

### Hinweis **i**

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

Ich möchte grundsätzlich reanimiert werden. Ausgenommen von dieser Grundsatzbestimmung sind lediglich Fälle, in denen ein Herz-Kreislauf Stillstand seit mindestens 10 Minuten ohne bereits eingeleitete Wiederbelebungsversuche (wie z. B. Herz-Lungen-Wiederbelebung) besteht (sofern keine klinisch relevante Unterkühlung vorliegt), oder unbeobachtet eingetreten ist.

### 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 uneingeschränkt Organe empfangen.

Ich möchte uneingeschränkt Organe spenden.

Bei Konflikt zwischen Bereitschaft zur Organspende und anderen Angaben in der Patientenverfügung, geht die Bereitschaft zur Organspende vor.

## Glossar zu Ihrer Patientenverfügung

**Verlust der Urteils- und Entscheidungsfähigkeit:** Gemeint ist die Einwilligungsfähigkeit, also die Fähigkeit die Art, die Bedeutung, die Tragweite und die Risiken einer beabsichtigten medizinischen Maßnahme, sowie deren Ablehnung zu verstehen und seinen Willen hiernach zu bestimmen.

**Palliative Behandlung:** Dies bezeichnet die Anwendung hochwirksamer Medikamente, vor allem zur Linderung von Angst, Schmerzen und sonstigen Krankheitssymptomen, gegebenenfalls unter Inkaufnahme einer etwaigen Lebensverkürzung als Nebenwirkung. Im Vordergrund steht also die Symptomlinderung und nicht die Heilung.

**Todesnähe:** Todesnähe liegt dann vor, wenn nach fachärztlicher Einschätzung der Tod unmittelbar bevorsteht und der Sterbeprozess unabwendbar eingesetzt hat.

**Gehirnschädigung:** Ein schwerer Hirnschaden in diesem Sinne liegt vor, wenn aufgrund einer Gehirnschädigung Ihre Einsichtsfähigkeit, Entscheidungen zu treffen und diese anderen mitzuteilen, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren ist.

**Dialyse:** Dialyse bezeichnet ein künstliches Blutreinigungsverfahren, das bei stark eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen zum Einsatz kommt und die Reinigungsfunktion der Nieren übernimmt.

**Mutmaßliche Einwilligung:** Grundsätzlich würde ein Arzt, der einen Eingriff vornimmt beziehungsweise eine erforderliche Maßnahme unterlässt, den strafrechtlichen Tatbestand der Körperverletzung verwirklichen. Er ist jedoch nicht strafbar, wenn der Patient einwilligt. Ist es nicht oder nicht rechtzeitig möglich eine "normale" Einwilligung einzuholen (Beispiel: Bei einem bewusstlosen Patient ist eine Notoperation erforderlich), ist der Arzt auch dann nicht strafbar, wenn eine sogenannte mutmaßliche Einwilligung vorliegt. Dazu ist insbesondere erforderlich, dass der Eingriff oder die Unterlassung des Eingriffs dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

# Ihre Patientenverfügung

Hubertus Heuckmann

---

## Inhalt

**HAUPTTEIL** Ihre Patientenverfügung

**ANHANG** Kurzübersicht zur Patientenverfügung  
Glossar zu den Fachbegriffen

---

## Wichtige Hinweise

**UNTERSCHRIFT** **Überprüfen:** Lesen Sie die Patientenverfügung sorgfältig durch und nehmen Sie gegebenenfalls Änderungen vor (über die "Bearbeiten" Schaltfläche).

**Formerfordernisse:** Drucken Sie das Dokument aus und unterschreiben Sie es. Heften Sie anschließend die Seiten Ihrer Patientenverfügung zusammen.

**VOLLMACHT** **Vorsorgevollmacht:** Wenn Sie Vertrauenspersonen benannt haben, ergänzen Sie die Verfügung um eine Vorsorgevollmacht.

**Rechtsgültigkeit:** Beide Dokumente sind mit Ihrer Unterschrift auch ohne Anwalt oder Notar rechtsgültig.

**AUFBEWAHREN** **Vertrauenspersonen:** Teilen Sie Ihren Vertrauenspersonen mit, wo Sie das Original aufbewahren.  
**Digitaler Notfallabruf:** Geben Sie Ihre Patientenverfügung für den Notfallabruf frei (über die "Notfallabruf" Schaltfläche), damit sie im Ernstfall von Ärzten und Vertrauenspersonen direkt digital eingesehen werden kann.

### **i** Patientenverfügung digital freigeben

Wir empfehlen Ihnen, den digitalen Notfallabruf einzurichten. Damit kann eine aktuelle Version Ihres Dokuments mit Hilfe eines Notfallausweises in Ihrer Brieftasche direkt eingesehen werden.

# Dokument für den Notfall freigeben

## So gehen Sie sicher, dass Ihre Patientenverfügung wirkt

### PROBLEME IN DER PRAXIS

Auch die beste Patientenverfügung ist zwecklos, wenn sie im Ernstfall nicht schnell genug ins Krankenhaus gelangt. Ein Problem, das im Alltag leider häufig auftritt.

„**Aber ich habe doch Angehörige. Die haben eine Kopie.**“ - Die eigenen Vertrauenspersonen zu informieren ist ein unerlässlicher Schritt. Aber selbst bei gut informierten Familien dauert es im Ernstfall oft zu lange, bis die Patientenverfügung im Krankenhaus eintrifft. Die Tatsachen sind dann bereits geschaffen.



„In meiner Funktion als Chefarzt der Notaufnahme erlebe ich es häufig, dass Patientenverfügungen zwar verfasst wurden, aber im Ernstfall nicht immer sofort für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte verfügbar sind. Der Notfallabruf von Afilio ist eine wichtige Unterstützung, damit der Patientenwille im Ernstfall schnell einsehbar ist.“

- **Dr. med. Tim Kleffner** Chefarzt der Zentralen Notaufnahme, Josefs-Hospital Warendorf

### DIE LÖSUNG: DER DIGITALE NOTFALLABRUF

Mit dem Notfallabruf von Afilio können Sie Ihre Patientenverfügung digital für den Notfall freigeben. Dadurch können Ärzte, Krankenhauspersonal und Angehörige im Notfall auf Ihre Dokumente zugreifen.

**Wichtig:** Sie selbst entscheiden, für wen Sie die Freigabe einrichten.

- ✓ Der Zugriff auf Ihr Dokument erfolgt über Notfallkarten, die Sie in beliebiger Anzahl bestellen können
- ✓ Tragen Sie selbst eine Karte im Portemonnaie, können im Notfall Ärzte auf Ihre Patientenverfügung zugreifen
- ✓ Sie bestimmen selbst, wer eine Karte bekommt und können den Zugriff jederzeit aufheben



### JETZT GANZ EINFACH AKTIVIEREN

Gehen Sie sicher, dass Ihre Verfügung im Notfall wirkt. Den digitalen Notfallabruf können Sie ganz einfach auf [www.afilio.de](http://www.afilio.de) aktivieren. Die Aktivierung des Notfallabrufs und die Bestellung der Notfallkarten sind in wenigen Augenblicken erledigt. Ganz einfach und komfortabel. **Unser Rat:** Richten Sie Ihren Notfallabruf direkt nach der Fertigstellung Ihrer Patientenverfügung ein.

Wenn Sie Fragen zum Notfallabruf haben, sind wir gerne für Sie da. Sie erreichen uns von Montag bis Freitag zwischen 9:00 und 17:00 Uhr unter der Rufnummer **030 994049690** oder jederzeit über [kontakt@afilio.de](mailto:kontakt@afilio.de).