

**PATIENTENVERFÜGUNG  
VON  
ANDREAS-ALJOSCHA LONG**

Herr Andreas-Aljoscha Long  
Hohenzollernstraße 88  
80796 Deutschland  
geboren am 09.09.1961  
Tel. 015122633417

**- Verfügender -**

Ich, Andreas-Aljoscha Long, geboren am 09.09.1961, wohnhaft: Hohenzollernstraße 88, 80796 Deutschland, 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 und bin auch nicht im Alltag auf Pflege oder sonstige Unterstützung angewiesen.

**2. Reanimation**

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

**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
- Hirnschaden mit NIHSS >15 über mind. 48 Stunden

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

Ich bin mir darüber im Klaren, dass eine Unterlassung dieser Maßnahmen meinen unmittelbaren Tod zur Folge haben kann.

## 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.
3. Aufgrund einer Gehirnschädigung meine Einsichtsfähigkeit, Entscheidungen zu treffen und diese anderen mitzuteilen, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren ist, auch wenn mein Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündungen, Tumore, fortgeschrittenen Hirnabbauprozess und indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Dies gilt auch, wenn nicht völlig auszuschließen ist, dass ich das Bewusstsein noch einmal wiedererlangen würde. Die Behandlungsgrenzen sollen auch dann gelten, wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

Es gilt Folgendes:

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

## 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 bewusstseinsdrückenden bzw. bewusstseinsdämpfenden Medikamenten.

## 7. Organspende

Ich möchte keine 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 gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung 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:

- Fei Long (Hohenzollernstraße 88, 80796 Deutschland, geboren am 11.03.1979)
- Anja Schwarz (Nymphenburger Str. 130, 80636 München, geboren am 09.12.1966)
- Ronald Schweppe (Odinstr. 22, 81925 München, geboren am 31.01.1962)

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

## 9. 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):

Ich bin nicht depressiv und meine, dass ich in 60 Jahren genug erlebt habe. Angst tot zu sein ist mir fremd; an ein Leben nach dem Tod glaube ich nicht und sehne mich auch nicht danach. Das Leben war ganz interessant, aber im Nichtsein sehe ich keine Nachteile. Keinesfalls will ich leiden um mein Leben zu verlängern; für Schmerzfreiheit würde ich gern eine Verkürzung meiner Lebensdauer in Kauf nehmen. Das alles schreibe ich in klarem Bewusstsein, schmerzfrei, eher gelassen und nicht depressiver Stimmung, in der Hoffnung, dass meine Wünsche ernst genommen und keinesfalls durch Bezug auf Gottheiten und Ideologien eingeschränkt werden.



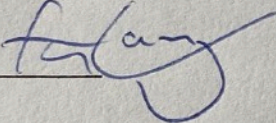
## 10. Schlussbestimmungen

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.

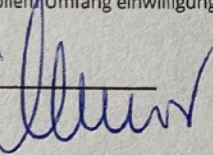
Ich möchte nicht, dass mir nur aufgrund eines Erstarkens des Lebenswillens, eines situativ-spontanen Verhaltens oder aus Worten und Gesten ein Widerruf meiner Patientenverfügung unterstellt wird, obwohl dies nach den gesetzlichen Regelungen möglich wäre.

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.

München, 3/10/2020 

Ort, Datum, Unterschrift Andreas-Aljoscha Long

Andreas-Aljoscha Long wurde von mir am 10.11.20 bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt. Er war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

München, 10.11.20 

Ort, Datum, Unterschrift des Hausarztes

**Dr. med. Anja Meurer**  
Fachärztin für Innere Medizin  
**Dr. med. Joanna Eger**

Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Ainmillerstraße 26 - 80801 München  
Tel 089/33 38 63 - Fax 089/39 57 48  
BSNR 631993300

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:

- Der Verlust meines Sprachvermögens so stark vorangeschritten ist, dass ich keine Konversationen mehr führen kann.
- Mein Sehvermögen derart eingeschränkt ist, dass ich kaum noch dazu in der Lage bin, meine Umgebung zu erkennen.
- Ich auf beiden Ohren absolut taub bin.
- Ich dauerhaft auf einen Rollstuhl angewiesen bin.
- Bei mir eine irreversible Taub-Blindheit vorliegt.
- Ich auf dauerhafte und professionelle Pflege angewiesen bin.



