

Patientenverfügung

Mit dieser Verfügung bringe ich,

Name, Vorname

geboren am

in

Geschlecht

weiblich

männlich

Geburtsname

Anschrift

meinen Willen zum Ausdruck. Ich habe mich über die Bedeutung der Patientenverfügung informiert und bin mir der Tragweite der Erklärung bewusst. Sollte ich in einen Lebenszustand geraten, in dem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiederbringlich verloren habe und nicht mehr in der Lage sein werde, mich bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person zu äußern, erkläre ich Folgendes:

Ich möchte in Würde sterben.

Sollte sich nach einer Diagnose und Prognose von mindestens zwei Fachärztinnen/Fachärzten ergeben, dass meine Krankheit zum Tode führen und mir nach aller Voraussicht große Schmerzen bereiten wird, wünsche ich keine weiteren diagnostischen Eingriffe und verzichte auf Maßnahmen der Intensivtherapie, die lediglich eine Sterbe- und Leidensverlängerung bedeuten würden.

Falls ich in einen Zustand dauernder Bewusstlosigkeit durch schwere Dauerschädigung meiner Gehirnfunktionen gerate oder wenn sonst lebenswichtige Funktionen meines Körpers auf Dauer ausfallen und ein eigenständiges Leben ohne so genannte 'Apparatemedizin' nicht mehr möglich ist, verzichte ich auf eine weitere Intensivtherapie oder Reanimation.

Sollten meine geistigen Funktionen so schwerwiegend und irreparabel geschädigt worden sein, dass für mich künftig kein selbstbestimmtes und kommunikationsfähiges Leben möglich ist, lehne ich es ab, dass meine Lebensfunktionen – abgesehen von ausreichender Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr – mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln aufrecht erhalten werden.

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

(Hier können konkrete Krankheitssituationen oder Anwendungssituationen beschrieben und Behandlungswünsche geäußert bzw. bestimmte Behandlungsmaßnahmen abgelehnt werden)

Beschreibung der persönlichen Lebenssituation (z.B. allein stehend)

Ich bitte die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte, mein Recht auf einen würdevollen Tod zu achten. Die ärztliche Hilfe und Behandlung in Form von ausreichender Behandlung, Medikation und Betreuung zur Leidensminderung lehne ich nicht ab. Ich setze mein Vertrauen in die Ärztin/den Arzt und in die von ihr/ihm anzuordnende Schmerzlindeung, auch wenn diese zur Bewusstseinsausschaltung oder zu nicht beabsichtigten Nebenwirkungen führt.

Patientenverfügung

Die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt soll bei der erforderlichen medizinischen Behandlung die nachfolgend genannte Vertrauensperson zur Bestätigung dieser Verfügung oder zur Ermittlung meines mutmaßlichen Willens bei unklaren Situationen hinzuziehen.

(Kann, muss aber nicht ausgefüllt werden.)

Name, Vorname der Vertrauensperson

Anschrift

Telefon

Mobil

Ort, Datum

Unterschrift der Vertrauensperson

Ich habe zusätzlich eine Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheits-sorge erteilt.

ja

nein

Wenn ja, Bevollmächtigte/Bevollmächtigter ist:

Name, Vorname der Vertrauensperson

Anschrift

Telefon

Mobil

Ich wünsche eine Begleitung durch

Seelsorge

Hospizdienst

Ich habe diese Verfügung – ihren Inhalt und ihre Konsequenzen – mit meinem Hausarzt/meiner Hausärztin bzw. meinem Arzt /meiner Ärztin des Vertrauens besprochen.

Name der Ärztin/des Arztes

Anschrift

Telefon

Mobil

Ort, Datum

Unterschrift

Kopie dieser Patientenverfügung haben:

1)

Name, Vorname

Anschrift

Telefon

Mobil

2)

Name, Vorname

Anschrift

Telefon

Mobil

Diese Verfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

(Für Bestätigungen der Verfügungen zu einem späteren Zeitpunkt:)

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille nicht geändert hat:

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift