



Patientenverfügung

Mit dieser Verfügung bringe ich,

Name, Vorname

Straße

PLZ/Ort

geboren am

in

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 führt 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 Schmerzlinderung, auch wenn diese zur Bewusstseinsausschaltung oder zu nicht beabsichtigten Nebenwirkungen führt.

Fortsetzung umseitig

☐ 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)

Straße

PLZ/ Ort

Telefon

Ort, Datum Unterschrift (der Vertrauensperson)

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

Name (der Ärztin/des Arztes)

Straße

PLZ/ Ort

Telefon

Ort, Datum Unterschrift

Kopie dieser Patientenverfügung haben:

(1)

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon

(2)

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Ich habe zusätzlich eine Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsorge erteilt.

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, Bevollmächtigte/Bevollmächtigter ist:

Name, Vorname (der Vertrauensperson)

Straße

PLZ/ Ort

Telefon

☐ Ich wünsche eine Begleitung durch

☐ Seelsorge

☐ Hospizdienst

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

Ort, Datum

Unterschrift

(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