

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich (Name, Vorname)

geboren am

wohnhaft in

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich mitteilen kann, verfüge ich für meine medizinische Behandlung das Folgende:

1. Diese Verfügung gilt,

- wenn ich mich nach Einschätzung von zwei Ärzten aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- wenn in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Einschätzungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung von zwei Ärzten aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Sterbeprozess nicht unmittelbar eingesetzt hat. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess (z.B. Demenz) ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen.

Für vergleichbare Krankheitszustände, die hier nicht ausdrücklich beschrieben sind, soll Entsprechendes gelten.

In anderen Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten.

2. In allen unter Ziffer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen

- verlange ich, dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.

Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Unruhe und anderer belastender Symptome.

- nehme ich eine mögliche Verkürzung meiner Lebenszeit durch Medikamente gegen Schmerzen und sonstige Beschwerden bewusst in Kauf.
- wünsche ich Begleitung durch Hospizdienst/Seelsorger/...

3. In den unter Ziffer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen widerspreche ich ausdrücklich

- lebensverlängernden oder lebenserhaltenden Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden.
- Behandlungen mit Antibiotika bei fieberhaften Begleitinfektionen.
- Wiederbelebensmaßnahmen.
- jeder Form der künstlichen Ernährung sowie künstlicher Flüssigkeitszufuhr (z.B. über eine Magensonde durch den Mund, die Nase, die Bauchdecke oder über den Blutkreislauf).

Begonnene lebenserhaltende Maßnahmen sollen bei bleibendem komatösem Zustand beendet werden.

4. Ergänzend habe ich folgende Wünsche:

5. Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt.

Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Darum wünsche ich nicht, dass eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich schriftlich oder nachweislich mündlich widerrufen habe.

Mir ist bekannt, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

Ort, Datum, Unterschrift zur Patientenverfügung:

.....

6. Vollmacht

Ich erteile zu dieser Verfügung hiermit Vollmacht an folgende Vertrauenspersonen, an meiner Stelle den vorgenannten Willen mit den behandelnden Ärzten umzusetzen und erforderliche Einwilligungen zur Behandlung an meiner statt zu erteilen:

Name, Anschrift, Telefon-Nr.

.....

Name, Anschrift, Telefon-Nr.

.....

Name, Anschrift, Telefon-Nr.

.....

Mit den von mir bevollmächtigten Personen habe ich den Inhalt meiner Patientenverfügung besprochen.

Ort, Datum, Unterschrift zur Vollmacht:

.....

7. Die Patientenverfügung ist hinterlegt bei den von mir bevollmächtigten Personen sowie

☐ bei meinem Hausarzt

☐ bei

Bei der Abfassung dieser Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen

von

Diese 4-seitige Erklärung wurde durch erneute Unterschrift bestätigt:

Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden:

Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden:

Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden:

Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden:

Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden:

Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden: