

» Patientenverfügung

Name: Vorname:
 Geburtsdatum: Geburtsort:
 Wohnort: Straße:
 Telefon:

Nachfolgende Erklärungen stellen keinen grundsätzlichen Verzicht auf ärztliche bzw. medikamentöse Behandlung dar. Die Verfügung beinhaltet hingegen die Forderung, im Falle einer erkennbar aussichtslosen medizinischen Situation den Aspekt eines menschenwürdigen Todes höher zu gewichten als die medizinisch-technischen Möglichkeiten einer biologischen Verlängerung meines Lebens und Leidens. Insbesondere soll diese Verfügung dann gelten, (Zutreffendes bitte ankreuzen ☒)

- wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Erkrankung befinde
- wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde
- wenn ich an einer fortgeschrittenen dementiellen Erkrankung leide
- wenn ich an einer schweren Gehirnschädigung leide

Die unten im Einzelnen aufgeführten Verfügungen sind das Ergebnis meiner intensiven Auseinandersetzung und Überlegungen hinsichtlich des eigenen Sterbens und Todes.

Wenn bei schwerstem körperlichen Leiden, Dauerbewusstlosigkeit bzw. dauerndem Verlust der Einsichts- und Kommunikationsfähigkeit keine begründete Aussicht auf eine Besserung besteht,

- sollen an mir keine lebenserhaltenden bzw. den Sterbevorgang verlängernden Maßnahmen - wie etwa Wiederbelebung, künstliche Beatmung, Dialyse, Bluttransfusion oder Verabreichung von Medikamenten - vorgenommen werden, auch wenn dies eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. eine indirekte Verkürzung der Lebenszeit nach sich zieht. Begonnene Maßnahmen sind abzubrechen, wenn keine Aussicht auf Besserung besteht
- wünsche ich keine künstliche Kalorienzufuhr oder sonstige Stärkungsmittel durch Magensonde oder -fistel oder venöse Zugänge, auch wenn dies eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. eine indirekte Verkürzung der Lebenszeit nach sich zieht
- wünsche ich weitestgehende Beseitigung von Begleitsymptomen, insbesondere von Schmerzen, ferner von Atemnot, Angst, Übelkeit und Erbrechen, auch wenn dies eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. eine indirekte Verkürzung der Lebenszeit nach sich zieht
- wünsche ich keine Antibiotika bei fieberhaften Begleitinfekten bzw.

Bitte hier abtrennen.

keine medikamentöse Behandlung bei zusätzlich zur Grunderkrankung hinzutretender Thrombose, Herzschwäche, Lungenentzündung oder vergleichbaren Krankheiten, auch wenn dies eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. eine indirekte Verkürzung der Lebenszeit nach sich zieht

- wünsche ich eine Medikamentengabe zur Erleichterung meines Zustandes, auch wenn dies eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. eine indirekte Verkürzung der Lebenszeit nach sich zieht

- ja
 nein
- Über allen hier genannten Wünschen steht meine Absicht, nach Möglichkeit Organe spenden zu wollen. Für diesen Fall würde ich lebenserhaltende Maßnahmen in Kauf nehmen.

- Ferner wünsche ich in Bezugnahme auf o. g. Punkte und darüber hinaus:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- wünsche ich, dass folgende Personen und / oder Institutionen verständigt werden (Hausarzt, Sozialverband VdK, Pfarrer, Angehörige etc.):

.....

.....

.....

- Ich habe folgende Erkrankungen:

.....

.....

.....

Diese können dazu führen, dass

.....
.....
.....

In diesem Fall wünsche ich, dass

.....
.....
.....
.....

Mit einer Obduktion zur Befundklärung bin ich einverstanden.

Mit einer Organentnahme zum Zweck der Transplantation bin ich einverstanden bis auf folgende Organe:

.....
.....

Ich bevollmächtige folgende Person, meine o. g. Verfügungen notfalls juristisch durchzusetzen. Der Bevollmächtigte ist unverzüglich zu informieren, sobald den behandelnden Ärzten Akutmaßnahmen intensiver Lebensrettung bzw. medizinischer Lebensbewahrung angezeigt erscheinen.

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Wohnort: Straße:

Telefon:

Patientenverfügung

Bitte hier abtrennen.



ersatzweise bevollmächtigte ich

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Wohnort: Straße:

Telefon:

Gegenüber der genannten Person, die meinen Willen vertreten soll,
entbinde ich die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Den Widerruf dieser Patientenverfügung behalte ich mir jederzeit vor. Ich
bestätige die o. g. Patientenverfügung.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Verfasser/in

Ich / wir bestätige(n),

dass die
Patientenverfügung im Vollbesitz ihrer / seiner geistigen Kräfte und
freiwillig sowie in meiner Gegenwart unterschrieben hat. Die Tragweite
dieses dargelegten Willens ist ihr / ihm bewusst.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Zeuge/in

Ich habe den Inhalt meiner Patientenverfügung erneut überprüft und
bestätige meinen darin geäußerten Willen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Verfasser/in

(Kann im Bedarfsfall auf einem zusätzlichen Blatt fortgesetzt werden.)