

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich

Name:

Vorname :

Geb. Datum:

Straße:

Postleitzahl / Wohnort:

durch Krankheit, Unfall oder andere Umstände meinen Willen nicht mehr äußern oder bilden kann, bestimme ich folgendes:

Wenn sonst keine Regelung getroffen wurde, möchte ich, wenn ich mich im unmittelbaren Sterbeprozess oder im Endstadium einer unheilbaren Krankheit befinde, dass

1. Medizinische Maßnahmen sich auf pflegerische und symptomlindernde Behandlung beschränken. Vor allem erwarte ich eine ausreichende Schmerztherapie und Linderung oder Beseitigung von Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Durchfall, Atemnot, Unruhe oder Angst nach dem augenblicklichen Stand der ärztlichen Kunst.
2. Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr nur auf natürlichem Wege ohne künstliche Maßnahmen und nur bei erkennbarem Hunger und Durst meinerseits erfolgen und
3. Alle nur lebensverlängernde Maßnahmen, also Wiederbelebung, künstliche Beatmung, Schrittmacher, Dialyse oder operative Eingriffe unterlassen werden.

Dieser Wille soll nur dann keine Beachtung finden, wenn meine Ärzte noch gute Aussicht erkennen, dass sich mein Zustand bessert und ein selbstbestimmtes Leben erwartet werden kann oder auf der Rückseite eine andere Entscheidung getroffen wurde. Die behandelnden Ärzte entbinde ich von ihrer Schweigepflicht gegenüber den von mir bevollmächtigten Personen.

Name, Vorname, Anschrift: (Hausarzt: Stempel+Unterschrift+ Telefon-Nr.)

Unterschrift _____

Name, Vorname, Anschrift (falls möglich mit Telefon-Nr.)

Unterschrift _____

Mit Ihrer oben stehenden Unterschrift bestätigen diese Personen, dass sie von meiner Patientenverfügung Kenntnis genommen haben und dass ich diesen letzten Willen im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und unabhängig von den Einflüssen Dritter unterschrieben habe.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Verfügenden

Ich habe zusätzlich zur umseitigen Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und mit den bevollmächtigten Personen über die medizinischen Entscheidungen hinaus alle Verantwortungsbereiche eingehend besprochen.

Vorsorgevollmacht: Ja: Nein:

Besondere Wünsche und Anliegen meinerseits:

Nach dem Patientenverfügungsrecht BGB § 1901a ab 01.09.2009 möchte ich, wenn keine Aussicht auf Besserung und selbstbestimmtes Leben besteht,

keine Behandlung bei:

- künstlicher Beatmung: länger als Wochen
- Wiederbelebung: wenn ein selbstbestimmtes Leben nicht mehr möglich ist
- künstlicher Ernährung: wenn dadurch nur mein Leiden und das nicht mehr selbstbestimmte Leben verlängert wird;
- Koma: länger als Wochen / Monate, mit entsprechend künstlicher Beatmung und Ernährung;
- Verlust von Kommunikation und Information: länger als Wochen/ Monate.

keine lebensverlängernden Medikamente

Ich wünsche eine ausreichende Schmerzbehandlung, auch wenn mein Leben sich dadurch verkürzt.

Ich bin Organspender Ja Nein

Ggf. streichen:

Eine kurzzeitige Wiederbelebung zum Zwecke der Organspende widerspricht nicht meiner Patientenverfügung.

Ergänzungen:

.....

.....

.....

Datum:

Unterschrift:
