

Patientenverfügung

Ich, _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Adresse, Telefon, Telefax)

treffe für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, weil ich durch eine Erkrankung oder einen Unfall in einen Zustand

- irreversibler (nicht rückgängig zu machender) Bewusstlosigkeit,
- wahrscheinlich schwerer Dauerschädigung des Gehirns,
- des dauernden Ausfalls lebenswichtiger Funktionen meines Körpers bei aussichtsloser Prognose
- geistigen Abbaus, der mich an selbstverantwortlicher und abgewogener Entscheidung hindert (Demenz) ..
- oder des aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbaren und unmittelbaren Sterbeprozesses

geraten bin, folgende Verfügungen:

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Alle lebenserhaltenden Maßnahmen sollen ergriffen werden, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Wiederbelebung, Beatmung, Dialyse, Bluttransfusion, Medikamentengabe, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Einpflanzung fremder Organe oder fremden Gewebes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Eine künstliche Ernährung soll unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) durchgeführt werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung soll durchgeführt werden, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – aber ohne den Einsatz bewusstseinsdämpfender Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – eine damit unter Umständen verbundene Lebensverkürzung nehme ich in Kauf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tode zu Transplantationszwecken zu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich möchte | | |
| – zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – wenn möglich in einem Hospiz sterben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



6. Ich möchte

Ja

Nein

– Beistand durch folgende Personen:

– Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

7. Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt, die auch Gesundheitsangelegenheiten betrifft.

Ich habe den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Vollmachtnehmer/in:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille von den behandelnden Ärzten befolgt wird. Die von mir bevollmächtigte Person soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird. Zu diesem Zweck entbinde ich die behandelnden Ärzte und Angestellten in Krankenhäusern sowie Pflegeheimen von jeglicher Verschwiegenheitspflicht gegenüber dem Bevollmächtigten.

8. Schlussbemerkungen

Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs dieser Patientenverfügung bekannt.

9. Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau _____

wurde von mir am _____ bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfange einwilligungsfähig.

Datum: _____

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes: _____

10. Diese Patientenverfügung gilt so lange,

– bis ich sie widerrufe,

– bis sie nach Ablauf von _____ (Zeitangabe) ihre Gültigkeit verliert, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.