

Ihre Adresse:
Vorname Name
Straße Hausnummer
PLZ Ort

Ort Datum

Patientenverfügung

Ich,, geb. am, wohnhaft in

verfüge schon jetzt für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, gegenüber meinen Ärzten, dem Alten- oder Pflegeheim, in dem ich im entscheidenden Zeitpunkt ggf. wohne, sowie gegenüber jedem, der sonst Entscheidungen über meine Person zu treffen hat, folgendes:

Ich wünsche einen menschenwürdigen Tod und bitte meine Ärzte, Angehörigen und Pfleger, mir dabei beizustehen.

Wenn zwei Fachärzte unabhängig voneinander bestätigt haben und keine abweichenden ärztlichen Prognosen eines behandelnden Arztes vorliegen,

- dass ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde,
- dass ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,
- dass in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsicht zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, wünsche ich keine weiteren intensivmedizinischen Maßnahmen, die mein Leben verlängern oder aufrechterhalten.

Hinweis: Bei diesen Fallsituationen handelt es sich um eine beispielhafte Aufzählung.

Weitere Fälle sind denkbar. In Ihrer Patientenverfügung müssen Sie die Situationen aufnehmen, für die Ihre Verfügung gelten soll.

Ich wünsche,

- keine Gabe lebenserhaltender Medikamente.
- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. weiter aufrechterhalten wird. Ich wünsche jedoch, dass Medikamente zur Linderung der Luftnot gegeben werden und zwar auch dann, wenn diese Medikamente meine Lebenszeit verkürzen.
- keine künstliche Ernährung durchgeführt bzw. aufrechterhalten wird.

Hinweis: Es handelt sich um eine beispielhafte Aufzählung. Sie können im Rahmen Ihrer Patientenverfügung erklären, dass Sie auch weitere Behandlungsmöglichkeiten z. B. bezogen auf eine bestimmte Erkrankung nicht wünschen.

Ich wünsche in jedem Fall eine fachgerechte Pflege der Mund- und Schleimhäute sowie eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege. Insbesondere verlange ich, dass mir bei Schmerzen, Erstickungsängsten und Atemnot, Übelkeit, Angst sowie anderen qualvollen Zuständen und belastenden Symptomen Medikamente verabreicht werden, die mich von Schmerzen und größeren Belastungen befreien, selbst wenn dadurch mein Tod voraussichtlich früher eintreten wird.

Ich gebe diese Erklärung nach sorgfältiger Überlegung und in der vollen Verantwortung für mich selbst ab. Für den Fall, dass ich aufgrund von Bewusstlosigkeit oder anderen körperlichen Beeinträchtigungen nicht mehr in der Lage sein werde, über meine persönlichen Belange zu entscheiden, soll diese Erklärung als Bekundung meines ausdrücklichen Willens gelten.

Sollte ein Arzt oder eine Ärztin oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und / oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Diese Verfügung bitte ich, meinen behandelnden Ärzten zugänglich zu machen.

Zu Maßnahmen, die dieser Verfügung widersprechen, verweigere ich ausdrücklich meine Zustimmung.

Wenn für mich ein Betreuer bestellt wird, soll diese Verfügung auch für ihn gelten, d. h., dass er die hier festgelegten Verfügungen zu beachten hat. Ich erwarte, dass mein Betreuer / meine Betreuerin meine Behandlung so organisiert, dass meinem in dieser Verfügung niedergelegten Willen entsprochen wird.

Mein behandelnder Arzt ist berechtigt, folgenden Personen Auskunft über meinen gesundheitlichen Zustand zu geben und ist insoweit von der Schweigepflicht entbunden:

Name

Anschrift

(ggf.: Folgende Person hat von mir eine gesonderte Vorsorgevollmacht erhalten, die auch die Umsetzung dieser Patientenverfügung erfasst:

Name

Anschrift)

Diese Erklärung wurde von mir unterschrieben. Zwei Personen meines Vertrauens bezeugen durch ihre Unterschrift meine Willenserklärung.

Datum, Unterschrift:

Name und Anschrift der Zeugen:

Datum und Unterschriften:

Zur späteren Bestätigung der Verfügung:

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille nicht verändert hat:

Datum, Unterschrift