

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße/Hs.-Nr.: _____

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 Behandlungen 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 lebensverlängernden Maßnahmen, also Wiederbelebung, künstliche Beatmung, Schrittmacher, Dialyse oder operative Eingriffe, unterlassen werden.

Dieser Wille soll nur dann keine Beachtung finden, wenn zwischen meinem rechtlichen Vertreter und den behandelnden Ärzten Einvernehmen darüber besteht, dass sich mein Zustand bessert und ein selbstbestimmtes Leben erwartet werden kann, oder wenn in dieser Verfügung 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, Telefon-Nr.

Unterschrift: _____

Mit ihrer obenstehenden 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 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 gemäß BGB § 1827 ab 01.01.2023 möchte ich, wenn zwischen meinem rechtlichen Vertreter und den behandelnden Ärzten Einvernehmen hergestellt wurde, dass keine Aussicht auf Besserung und selbstbestimmtes Leben besteht:

keine Behandlung

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

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

Ich bin Organspender Ja ☐ Nein ☐

Ggf. streichen:

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

Ergänzungen: _____

Ort, Datum

Unterschrift der/des Verfügenden