

Patientenverfügung

Ich,

geb. am

wohnhaft in

verfüge für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, gegenüber meinen Ärzten, einem Seniorenwohnheim, 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.

1

Ich wünsche:

- keine Gabe lebenserhaltender Medikamente.
- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. weiter aufrechterhalten wird. Ich wünsche jedoch, dass Medikamente zur Linderung von Luftnot gegeben werden und zwar auch dann, wenn diese Medikamente meine Lebenszeit verkürzen.
- dass keine künstliche Ernährung durchgeführt bzw. aufrechterhalten wird. Ich wünsche in jedem Fall eine fachgerechte Pflege der Mund- und Schleimhäute sowie eine Menschen-würdige Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege.
- Insbesondere wünsche ich, dass mir bei Schmerzen, Erstickungsängsten und Atemnot, Übelkeit, Angst, Depression 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.

Hiermit bevollmächtige ich,

1.

_____ (Name, Vorname)

_____ (Geburtsdatum)

_____ (Straße)

_____ (PLZ, Wohnort)

_____ (Telefon)

2.

_____ (Name, Vorname)

_____ (Geburtsdatum)

_____ (Straße)

_____ (PLZ, Wohnort)

_____ (Telefon)

meinen Willen gegenüber Ärzten und Pflegepersonal zu vertreten und ggf. auch gerichtlich geltend zu machen.

Die im Folgenden aufgeführten Vertrauenspersonen bestätigen, dass ich die Patientenverfügung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und unbeeinflusst durch Andere verfasst habe. Sie haben meine Patientenverfügung zur Kenntnis genommen und können nähere Angaben zu meinem Willen machen, Sie sollen hierzu gehört werden.

1.

_____ (Name, Vorname)
_____ (Geburtsdatum)
_____ (Straße)
_____ (PLZ, Wohnort)
_____ (Telefon)

2.

_____ (Name, Vorname)
_____ (Geburtsdatum)
_____ (Straße)
_____ (PLZ, Wohnort)
_____ (Telefon)

3

Datum, Unterschrift: _____

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

_____ (Name, Vorname)
_____ (Geburtsdatum)
_____ (Straße)
_____ (PLZ, Wohnort)
_____ (Telefon)

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

_____ (Name, Vorname)

_____ (Geburtsdatum)

_____ (Straße)

_____ (PLZ, Wohnort)

_____ (Telefon)

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

Datum, Unterschrift: _____