

Patientenverfügung

Wenn ich,

(ggf. Titel) Vorname Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

zur Willensbildung oder verständlichen Äußerung meines Willens nicht mehr in der Lage bin, sollen Ärzte und Pfleger mich entsprechend der nachfolgenden Verfügung behandeln und pflegen.

1. In Todesnähe

Zutreffendes habe ich angekreuzt, nicht zutreffende Zeile(n) durchgestrichen

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach in einem nicht mehr abwendbaren Sterbeprozess befinde, verlange ich,

1. 1 auf Maßnahmen zu verzichten, die bloß den Eintritt des Todes verzögern,

1. 2 bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand keine Wiederbelebungsmaßnahmen zu ergreifen,

1. 3 mich nicht künstlich zu ernähren,

1. 4 mich nicht künstlich zu beatmen,

1. 5 die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit nach dem Ermessen der Ärzte zu verringern,

1. 6 durch Mundpflege, Erhöhung der Luftfeuchtigkeit und ähnliche Maßnahmen das Durstgefühl zu stillen,

1. 7 Luftnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen entgegenzuwirken und mir dazu geeignete Medikamente zu geben, auch wenn dies die Lebenszeit unter Umständen verkürzt.

2. Bei unheilbarer Krankheit im Endstadium

Zutreffendes habe ich angekreuzt, nicht zutreffende Zeile(n) durchgestrichen

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach im Endstadium einer tödlich verlaufenden Krankheit befinde, verlange ich, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,

- 2.1 auf Maßnahmen zu verzichten, die bloß den tödlichen Verlauf meiner Erkrankung verzögern,
- 2.2 bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand keine Wiederbelebungsmaßnahmen zu ergreifen,
- 2.3 mich nicht künstlich zu ernähren,
- 2.4 mich nicht künstlich zu beatmen,
- 2.5 die Zufuhr von Flüssigkeit nach dem Ermessen der Ärzte zu verringern,
- 2.6 durch Mundpflege, Erhöhung der Luftfeuchtigkeit und ähnliche Maßnahmen das Durstgefühl zu stillen,
- 2.7 Luftnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen entgegenzuwirken und mir dazu geeignete Medikamente zu geben, auch wenn dies die Lebenszeit unter Umständen verkürzt.

3. Bei Hirnschädigung

Zutreffendes habe ich angekreuzt, nicht zutreffende Zeile(n) durchgestrichen

Wenn zwei in der Behandlung derartiger Fälle erfahrene Ärzte unabhängig voneinander zu dem Ergebnis kommen, dass ich wegen einer Gehirnschädigung etwa durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung oder infolge eines Herz-Kreislauf-Stillstands die Fähigkeit, bewusste Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren habe, verlange ich die unten angekreuzten Maßnahmen, auch wenn nicht absehbar ist, wann ich sterben werde. Dies gilt auch, wenn nicht völlig auszuschließen ist, dass ich das Bewusstsein noch einmal wiedererlangen würde.

- 3.1 auf Maßnahmen zu verzichten, die bloß den Eintritt des Todes verzögern,
- 3.2 bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand keine Wiederbelebungsmaßnahmen zu ergreifen,
- 3.3 mich nicht künstlich zu ernähren,
- 3.4 mich nicht künstlich zu beatmen,
- 3.5 die Zufuhr von Flüssigkeit nach dem Ermessen der Ärzte zu verringern,
- 3.6 durch Mundpflege, Erhöhung der Luftfeuchtigkeit und ähnliche Maßnahmen das Durstgefühl zu stillen,

3.7 Luftnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen entgegenzuwirken und mir dazu geeignete Medikamente zu geben, auch wenn dies die Lebenszeit unter Umständen verkürzt.

4. Bei Hirnabbau

Zutreffendes habe ich angekreuzt, nicht zutreffende Zeile(n) durchgestrichen

Wenn mein Gehirn durch Abbauprozesse wie etwa Demenz so weit beeinträchtigt ist, dass ich nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und/oder Flüssigkeit auf natürlichem Weg zu mir zu nehmen, selbst mithilfe Dritter, verlange ich,

4.1 auf Maßnahmen zu verzichten, die bloß den Eintritt des Todes verzögern,

4.2 bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand keine Wiederbelebungsmaßnahmen zu ergreifen,

4.3 mich nicht künstlich zu ernähren,

4.4 mich nicht künstlich zu beatmen,

4.5 die Zufuhr von Flüssigkeit nach dem Ermessen der Ärzte zu verringern,

4.6 durch Mundpflege, Erhöhung der Luftfeuchtigkeit und ähnliche Maßnahmen das Durstgefühl zu stillen,

4.7 Luftnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen entgegenzuwirken und mir dazu geeignete Medikamente zu geben, auch wenn dies die Lebenszeit unter Umständen verkürzt.

5. Organspende

Ja

Nein

Ich bin bereit zu Organspenden und habe einen Organspendeausweis. Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntods entnommen werden können, wobei bis dahin der Kreislauf künstlich aufrechterhalten bleiben muss. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch infrage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods bis zur anschließenden Organentnahme.

6. Vorsorgevollmacht / Betreuung

Ja

Nein

6.1 Ich habe neben dieser Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt meiner Patientenverfügung mit meinem/meiner Bevollmächtigten besprochen und ihm/ihr eine Kopie ausgehändigt:

(ggf. Titel) Vorname Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

und

(ggf. Titel) Vorname Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

Der/Die Bevollmächtigte ist verpflichtet, diese Patientenverfügung umzusetzen. Ich entbinde Ärzte, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen den Bevollmächtigten gegenüber von ihrer Schweigepflicht.

Ja

Nein

6.2 Sofern das Betreuungsgericht einen Betreuer eingesetzt hat, ist dieser verpflichtet, die Verfügung umzusetzen.

7. Widerruf und Änderung

Diese Patientenverfügung gilt, bis ich sie widerrufe oder eine andere Patientenverfügung aufsetze.

Datum, Unterschrift Verfügende / r für Blatt 4 von 6

8. Seelsorge und Beistand

Ja Nein Ich bin Mitglied der evangelischen Kirche und bitte um geistlichen Beistand.

Ja Nein Ich bin Mitglied der römisch-katholischen Kirche und bitte um geistlichen Beistand.

Ja Nein Ich bin Mitglied der folgenden Glaubensgemeinschaft und bitte um deren geistlichen Beistand:

Ja Nein Ich bitte darum, bei einem Hospizverein um Beistand für mich nachzusuchen.

Ja Nein Ich wünsche eine Begleitung durch:

9. Bei dieser Patientenverfügung wurde ich beraten von:

(ggf. Titel) Vorname Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

Ich habe mit dem/der Verfügenden über seine/ihre Anweisungen für den Fall der oben in Punkt 1–4 genannten Erkrankungen gesprochen. Er/Sie war bei der Entscheidung über die Patientenverfügung bei klarem Bewusstsein und hat seinen/ihren Willen hier durchdacht und in Kenntnis der Konsequenzen geäußert.

Ort, Datum, Unterschrift

10. Arzt meines Vertrauens ist:

 (ggf. Titel) Vorname Name

 Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

 Telefon

 Fax

 E-Mail-Adresse

11. Abschlusserklärung und Unterschrift

Ich habe diese Patientenverfügung nach reiflicher Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts ausgefüllt.

 Ort, Datum, Unterschrift Verfasser/in der Patientenverfügung

Ich habe meine Patientenverfügung überprüft und bestätige ihre Gültigkeit:

 Ort, Datum

 Unterschrift Verfasser/in der Patientenverfügung

 Ort, Datum

 Unterschrift Verfasser/in der Patientenverfügung

 Ort, Datum

 Unterschrift Verfasser/in der Patientenverfügung

 Ort, Datum

 Unterschrift Verfasser/in der Patientenverfügung