

# PATIENTENVERFÜGUNG

Ich,

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

wohnhaft in

---

bestimme hiermit Folgendes für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

## 1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

## 2. In allen unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Auch wenn die Möglichkeit der Verkürzung meiner Lebenszeit besteht, sollen folgende Behandlungen vorgenommen werden: Pflegerische Maßnahmen, wie z.B. Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, insbesondere Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen.

## 3. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Mögliche Leiden sollen nicht unnötig verlängert werden. Lebenserhaltende Maßnahmen, die nur den Todeintritt verzögern, sind deshalb zu unterlassen.
- Keine Wiederbelebensmaßnahmen

## 4. In den von mir unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen und verlange:

- Eine künstliche Ernährung gleich welcher Art (Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke oder die Vene) ist zu unterlassen. Die Zufuhr von Flüssigkeit ist nur zur Beschwerdelinderung erlaubt.

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach Auskunft des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen.

**5. Ich wünsche eine Begleitung durch folgende**

Vertrauensperson(en) \_\_\_\_\_

religiösen Beistand \_\_\_\_\_

Hospizeinrichtung \_\_\_\_\_

**6. Ich habe neben der Patientenverfügung noch folgende Vollmachten und Anordnungen erteilt**

Ja

Nein

**Hinweis auf erteilte Vollmacht(en):**

Name der/des Bevollmächtigten

Adresse

Telefon

Telefax / E-Mail

- Vorsorgevollmacht Ja  Nein
- Betreuungsverfügung Ja  Nein
- Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. Ja  Nein
- Werden für die Durchführung einer Organspende ärztliche Maßnahmen erforderlich, die ich in meiner Patientenverfügung untersagt habe,
  - ⇒ geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
  - oder (Bitte nur eine der beiden Alternativen ankreuzen!)**
  - ⇒ gehen die Aussagen in meiner Patientenverfügung vor.

**7. Diese Patientenverfügung entspricht meinen Wertvorstellungen und ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Solange ich die Patientenverfügung nicht ausdrücklich und nachweisbar widerrufe, darf mir kein entgegenstehender Wille unterstellt werden.**

**8. Folgende Dokumente sind der Patientenverfügung beigelegt. Sie sollen erläuternder Bestandteil der Verfügung sein:**

- Erläuterung zu meinen Wertvorstellungen Ja  Nein
- Organspendeausweis Ja  Nein
- Angaben zu bestehenden Krankheiten Ja  Nein

**9. Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.**

Ort, Datum

Unterschrift

