

Patientenverfügung

Hiermit verfüge ich,

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Geburtsort:
Straße:
PLZ, Wohnort:
Telefon:

Für den Fall, dass ich aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinsbeeinträchtigung, durch Krankheit, Unfall oder sonstiger Umstände nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äußern, folgende Vollmacht:

1. Besteht eine realistische Aussicht auf Verbesserung meines Gesundheitszustandes, wünsche ich die Ausschöpfung aller Möglichkeiten ärztlicher und pflegerischer Maßnahmen.
2. Ich wünsche keine lebensverlängernden Maßnahmen, wenn medizinisch festgestellt wird, dass
 - eine wahrscheinliche Dauerschädigung des Gehirns die Folge ist,
 - hinsichtlich meiner Erkrankung die Prognose negativ bzw. aussichtslos ist,
 - keine Aussicht besteht, das Bewusstsein wiederzuerlangen oder mir bewusstes Existieren nicht mehr möglich ist,
 - lebenswichtige Funktionen meines Körpers ausgefallen sind und mir dadurch ein Leben voller Leiden bevorsteht.
3. Wird durch ärztliche Maßnahmen nur eine Verlängerung des Sterbens und/oder meines Leidens erreicht, **verweigere** ich diese hiermit.
4. Sollte meine Erkrankung zum Tode führen und mir große Schmerzen bereiten, wünsche ich keine weiteren diagnostischen Eingriffe und keine Verlängerung meines Lebens mit den Möglichkeiten der Intensivtherapie, vorausgesetzt die Diagnose wird von mindestens zwei Fachärzten (ungeachtet der Möglichkeit einer Fehldiagnose) bestätigt.
5. Ich wünsche, dass die medizinische Begleitung, Behandlung und sorgsame Pflege auf die Linderung von Schmerzen, Unruhe und Angst gerichtet ist, auch wenn ich dadurch früher sterben muss.
6. Ich wünsche persönlichen Beistand.
7. Ich wünsche geistlichen Beistand.
8. Ich möchte, dass mein Hausarzt Dr. verständigt wird.

9. In jedem Fall muss die Feststellung, ob eine unheilbare Krankheit großes Leid verursachen wird, eine Gehirnschädigung schwer oder von einem Arzt getroffen werden.
10. Ich bin mit einer Organentnahme einverstanden/**nicht** einverstanden.
11. Ich bin mit einer Obduktion einverstanden/**nicht** einverstanden.

Diese Verfügung unterschreibe ich nach umfangreicher Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Ich habe mich über die medizinische Situation und die rechtliche Bedeutung der Patientenverfügung informiert und gebe diese Erklärung frei und ohne Zwang, im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte ab.

Maßnahmen, die mit meinem hiermit festgelegten Willen nicht übereinstimmen, **verweigere** ich ausdrücklich das Einverständnis.

Diese Verfügung ist jederzeit **widerruflich**.

Diese Verfügung wurde von Herr/Frau nach Erläuterungen der einzelnen Willenserklärungen in meinem Beisein unterschrieben und entspricht dem Willen des Vollmachtgebers.

.....
Ort	Datum	Unterschrift

Ich bin mit der Aufgabe als Bevollmächtigter einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift:

.....
Ort	Datum	Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass diese Vollmacht noch immer meinem Willen entspricht.

1.....	.....	.....
2.....	.....	.....
3.....	.....	.....
4.....	.....	.....
5.....	.....	.....
Ort	Datum	Unterschrift