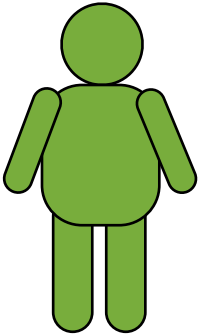




Erklärung



Vollmachtgeber	
_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
Straße	Hausnummer
_____	_____
PLZ	Ort
_____	_____

Ich verfüge schon jetzt für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich mitteilen kann, bezüglich meiner medizinischen Versorgung und Behandlung folgendes:

Ich möchte in Würde und sterben und bitte meine Ärzte, Angehörige und Pfleger mir dabei beizustehen.

Wenn verzichte ich auf die Einleitung oder Aufrechterhaltung ärztlicher Maßnahmen, die allein der Lebensverlängerung oder -erhaltung dienen.

- ich mich nach ärztlicher Prognose aller Wahrscheinlichkeit im unabwendbaren unmittelbaren Sterbeprozess befinde,
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,
- zwei Fachärzte unabhängig voneinander bestätigt haben, dass aufgrund einer Gehirnschädigung (bspw. Wachkoma, irreversible Bewusstlosigkeit, Schädelhirntrauma) meine Fähigkeit, Einsicht zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Ich weiß, dass die Möglichkeit, dass ich aus diesem Zustand erwachen werde, nie gänzlich auszuschließen ist.
- ich infolge einer Demenzerkrankung bzw. eines bereits weit fortgeschrittenen Abbaus meiner geistigen Funktionen Nahrung oder Flüssigkeit nicht mehr selbst oder aber mit Hilfe Dritter, sondern nur noch in Form einer künstlichen Ernährung zu mir nehmen kann,

- _____
- _____

wichtige Hinweise

Bei den folgenden Situationsbeschreibungen handelt es sich nur um eine beispielhafte Aufzählung. Weitere sind denkbar, insbesondere wenn bereits eine Erkrankung vorliegt. In Ihrer Patientenverfügung müssen Sie die Situationen aufnehmen, für die Ihre Verfügung gelten soll.



Vollmachtgeber Name

Patientenverfügung Seite 2



Ich bestimme für den Fall, dass ich mich in eine der von mir benannten Lebens- und Behandlungssituationen befinde oder in einer vergleichbaren Situation, dass

- mir keine lebenserhaltenden oder -verlängernden Medikamente verabreicht werden. Die Gabe von Medikamenten zur Linderung von Schmerzen, Ängsten und Beschwerden verlange ich auch dann, wenn diese u. U. meine Lebenszeit verkürzen,
- keine Wiederbelebungsmaßnahmen eingeleitet werden,
- ich nicht künstlich beatmet werde, verlange aber in diesem Fall Medikamente zur Linderung der Luftnot zu erhalten und zwar auch, wenn diese meine Lebenszeit verkürzen,
- ich keine künstliche Ernährung erhalte.
- _____
- _____

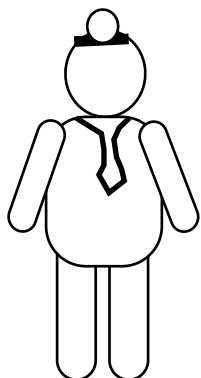
Für den Fall, dass in der von mir beschriebenen Lebens- und Behandlungssituation eine der vorgenannten Maßnahmen bereits eingeleitet worden sein sollte, widerrufe ich meine Einwilligung in die Aufrechterhaltung dieser Maßnahme und verlange deren Einstellung.

wichtige Hinweise

Hinweis: Es handelt sich nur um eine beispielhafte Aufzählung. Sie können weitere ärztliche Maßnahmen in Ihre Verfügung einbeziehen, wie bspw. Dialyse, Bluttransfusion oder Organtransplantation. Sie sollten genau prüfen, auf welche ärztlichen Maßnahmen Sie persönlich in

Ich möchte in jedem Fall eine fachgerechte Körperpflege, Pflege der Mund- und Schleimhäute sowie Zuwendung und eine menschenwürdige Unterbringung. Insbesondere verlange ich, dass mir bei Schmerzen, Erstickungsängsten und Atemnot, Übelkeit, Angst 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. Die Bedeutung und Tragweite meiner Erklärung ist mir bewusst, insbesondere ist mir bekannt, dass diese Verfügung meine Ärzte, Betreuer oder Bevollmächtigte bindet. Mir ist auch klar, dass meine Entscheidung in einer der o.g. Lebens- und Behandlungssituationen die benannten ärztlichen Maßnahmen abzulehnen, dazu führen kann, dass meine Lebenszeit verkürzt wird.



Mein Hausarzt / Facharzt hat mich am (Datum) über die Bedeutung und Folgen meiner Entscheidung in der von mir beschriebenen Lebens- und Behandlungssituation, auf die benannten o.g. ärztlichen Maßnahmen zu verzichten, aufgeklärt.

Name meines Haus-/Facharztes

Datum, Unterschrift

Stempel



Patientenverfügung Seite 3



Vollmachtgeber Name

wichtige Hinweise

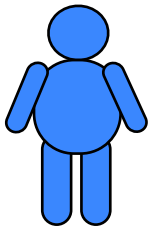
Eine ärztliches Beratungsgespräch ist gesetzlich nicht vorgeschrieben, wird aber empfohlen, insbesondere um die Bedeutung und Tragweite der Verfügung besser zu erfassen.

Diese Verfügung bitte ich, meinen behandelnden Ärzten zugänglich zu machen.

_____ Datum

_____ Unterschrift Vollmachtgeber

Meine Ärzte sind berechtigt, folgenden Personen Auskunft über meinen gesundheitlichen Zustand zu geben und sind insoweit von der Schweigepflicht entbunden, wenn ich mich in einem der vorab beschriebenen Zustände befinde:



_____ Name der Auskunftsperson

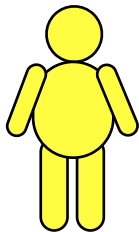
_____ Straße

_____ Hausnummer

_____ PLZ

_____ Ort

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



_____ Name, Vorname

_____ Straße

_____ Hausnummer

_____ PLZ

_____ Ort

Zur späteren Bestätigung der Verfügung:

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

Entspricht meinen Wünschen noch immer:

_____ Datum

_____ Unterschrift

Entspricht meinen Wünschen noch immer:

_____ Datum

_____ Unterschrift

Entspricht meinen Wünschen noch immer:

_____ Datum

_____ Unterschrift

wichtige Hinweise

Eine regelmäßige Aktualisierung ist gesetzlich nicht erforderlich, empfiehlt sich aber, damit später keine Zweifel auftreten, ob die Patientenverfügung noch gelten soll oder nicht. Aus demselben Grund sollte eine Patientenverfügung, die nicht mehr gelten soll, unbedingt vernichtet oder erkennbar entwertet werden.