

Die Patientenverfügung ist hinterlegt bei der von mir bevollmächtigten Person sowie

bei meinem Hausarzt

bei

Bei der Abfassung dieser Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen

von

Diese 4-seitige Erklärung wurde durch erneute Unterschrift aktuell bestätigt:

.....
Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden

.....
Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden

.....
Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden

.....
Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden

.....
Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich.....

geboren am

wohnhaft in

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich mitteilen kann, verfüge ich für meine medizinische Behandlung das Folgende.

1. Diese Verfügung gilt,

wenn ich mich nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde

wenn in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Sterbeprozess noch nicht unmittelbar eingesetzt hat. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess (z.B. Demenz) ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen.

Für vergleichbare Krankheitszustände, die hier nicht ausdrücklich beschrieben sind, soll Entsprechendes gelten.

In anderen Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten.

2. In allen unter Ziffer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen

- verlange ich lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, insbesondere Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Beschwerden.
- nehme ich eine mögliche Verkürzung meiner Lebenszeit durch Medikamente gegen Schmerzen und sonstige Beschwerden bewusst in Kauf.
- wünsche ich Begleitung durch Hospizdienst / Seelsorger /

3. In den unter Ziffer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen **widerspreche ich ausdrücklich**

- lebensverlängernden oder lebenserhaltenden Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden
- Behandlungen mit Antibiotika bei fieberhaften Begleitinfektionen
- Wiederbelebungsmaßnahmen
- jeder Form der künstlichen Ernährung sowie künstlicher Flüssigkeitszufuhr (wie z.B. über eine Magensonde durch den Mund, die Nase, die Bauchdecke oder über den Blutkreislauf)
- Begonnene lebenserhaltende Maßnahmen sollen bei bleibendem komatösem Zustand nach spätestensWochen / Monaten beendet werden.

4. Ergänzend habe ich noch folgende Wünsche:

5. Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich schriftlich oder nachweislich mündlich widerrufen habe. Mir ist bekannt, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

.....
Ort, Datum, Unterschrift zur Patientenverfügung

6. Vollmacht

Ich erteile zu dieser Verfügung hiermit Vollmacht an folgende Vertrauensperson, an meiner Stelle den vorgenannten Willen mit den behandelnden Ärzten umzusetzen und erforderliche Einwilligungen zur Behandlung an meiner statt zu erteilen:

.....
Name, Anschrift, Telefon-Nr.

Mit der von mir bevollmächtigten Person habe ich den Inhalt meiner Patientenverfügung besprochen.

.....
Ort, Datum, Unterschrift zur Vollmacht