

Patientenverfügung von

Straße, Nr., PLZ, Ort:

Telefon: Email:

Geb. am in

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, verfüge ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, ohne äußeren Druck, nach sorgfältigem Bedacht und in Kenntnis der Konsequenzen meiner Entscheidungen folgendes:

Wenn (1) ich mich aller Voraussicht nach unabwendbar im Sterbeprozess befinde,

oder (2) wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,

oder (3) wenn infolge einer Gehirnschädigung und/oder weit fortgeschrittener Demenz oder anderer Ursachen meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach einer Wartezeit von 2 Wochen immer noch weitgehend erloschen ist, selbst wenn gelegentliche Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Tod noch nicht absehbar ist. Mir ist bewusst und ich habe bei den hier getroffenen Entscheidungen bedacht, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann,

oder (4) wenn ich auch mit ausdauernder persönlicher Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen, ohne Aussicht auf baldige wesentliche Besserung,

oder (5) wenn ich mich in einem mit (1), (2), (3) oder (4) vergleichbaren Zustand befinde,

<p>a0. ... bestimme ich, dass in allen o.g. Situationen (1) –(5) <u>alle lebensverlängernden oder lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen und ggf. eingestellt werden</u> (außer während und kurz nach Operationen), die nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen. Hierzu zählen auch solche lebensverlängernden oder lebenserhaltenden Maßnahmen, die in der nachfolgenden Liste <i>nicht</i> ausdrücklich aufgeführt sind. Ich bin mir dessen bewusst, dass die Ablehnung solcher Maßnahmen meinen baldigen Tod bedeuten können. Ich möchte aussichtsloses Leiden vermeiden und fürchte mich nicht vor dem Tode.</p>	
<p>a. Insbesondere wünsche ich, dass in <u>allen</u> o.g. Situationen (1) –(5) folgende Maßnahmen nicht durchgeführt und ggf. abgebrochen werden (außer während und kurz nach Operationen). Ich bin mir dessen bewusst, dass die Ablehnung dieser Maßnahmen meinen baldigen Tod bedeuten können:</p>	
<p>a1. Künstliche Ernährung jeder Art, wie etwa über eine Sonde durch Mund, Nase, Bauchdecke oder über die Vene,</p>	<p>lehne ich ab <input type="checkbox"/></p>
<p>a2. Künstliche Flüssigkeitszufuhr, außer zu rein palliativen Zwecken</p>	<p>lehne ich ab <input type="checkbox"/></p>
<p>a3. Versuchen der Wiederbelebung (Reanimation) im Falle eines Kreislaufstillstands und/oder Atemversagens,</p>	<p>lehne ich ab <input type="checkbox"/></p>
<p>a4. längerfristige künstliche Beatmung,</p>	<p>lehne ich ab <input type="checkbox"/></p>
<p>a5. Dialyse,</p>	<p>lehne ich ab <input type="checkbox"/></p>

Ort, Datum, Unterschrift zu Seite 1:.....

a6. Antibiotika-Gabe, auch bei Lungenentzündung,	lehne ich ab <input type="radio"/>
a7. Die Gabe anderer lebenserhaltender oder lebensverlängernder Medikamente, (Medikamentengabe nur zu rein palliativen Zwecken!)	lehne ich ab <input type="radio"/>
a8. Operationen, außer zu rein palliativen Zwecken,	lehne ich ab <input type="radio"/>
a9. Empfang von Blut oder Blutbestandteilen, von Organen oder Geweben,	lehne ich ab <input type="radio"/>
a10. Installation eines Defibrillators (ggf. Abstellen und/oder Entfernen!)	lehne ich ab <input type="radio"/>
a11. Elektrokrampftherapie (außer bei katatoner Starre)	lehne ich ab <input type="radio"/>
a12. intensivmedizinische Behandlung,	lehne ich ab <input type="radio"/>
a13.	lehne ich ab <input type="radio"/>
a14.	lehne ich ab <input type="radio"/>
a15.	lehne ich ab <input type="radio"/>

Hingegen wünsche ich mir unter allen Umständen:

b1. Hunger und Durst sollen, soweit möglich, auf natürliche Weise gestillt werden, falls nötig mit persönlicher Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.	ja <input type="radio"/>
b2. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten gegen Durstgefühl und Trockenheit, sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege.	ja <input type="radio"/>
b3. Ich wünsche fachärztl. palliativmedizinische Behandlung, die das Sterben als natürlichen Prozess des Lebens zulässt und möglichst gute Lebensqualität bis zuletzt sichert.	ja <input type="radio"/>
b4. Ich wünsche das Lindern von Schmerzen, Atemnot, starkem Husten, Übelkeit, Erbrechen, Schluckauf, Durchfall, Verstopfung, Muskelzittern, Angst, Unruhe, Verwirrtheit, Depression, Schlaflosigkeit und anderer stark belastender Symptome, auch mit Mitteln mit bewusstseinsdämpfender Wirkung. Die Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.	ja <input type="radio"/>
b5. Wenn vorherzusehen ist, dass ich bald sterben werde, soll ein Hospizdienst eingeschaltet werden und ich möchte, wenn möglich, in ein Hospiz verlegt werden.	ja <input type="radio"/>
b6. Ich wünsche mir, dass meinen Angehörigen die Möglichkeit gegeben wird, mich im Sterbeprozess zu begleiten.	ja <input type="radio"/>
b7.	ja <input type="radio"/>
b8.	ja <input type="radio"/>
b9.	ja <input type="radio"/>
b10.	ja <input type="radio"/>

Ort, Datum, Unterschrift zu Seite 2:.....

**Grundsätzlich – und völlig unabhängig von den obigen Umständen (1) bis (5) –
lasse ich zu / lehne ich strikt ab:**

c1. Versuche der Wiederbelebung (Reanimation) im Falle eines Kreislaufstillstands und/oder Atemversagens, (stimme nur zu, wenn dies während oder kurz nach ärztlichen Maßnahmen, z.B. Operationen, notwendig wird.)	lasse ich zu <input type="radio"/>	lehne ich ab <input type="radio"/>
c2. Die Entnahme von Organen, Organteilen, Geweben oder Zellen, Organ-Diagnosen, organ-schützende Maßnahmen, eine Hirntoddiagnostik, insbes. den Apnoe-Test, zum Zwecke der Organspende.	lasse ich zu <input type="radio"/>	lehne ich ab <input type="radio"/>
c3. Jede Form von Zwangsmedikation und anderer Zwangsmaßnahmen, auch die Drohung mit einer solchen.	lasse ich zu <input type="radio"/>	lehne ich ab <input type="radio"/>
c4.	lasse ich zu <input type="radio"/>	lehne ich ab <input type="radio"/>
c5.	lasse ich zu <input type="radio"/>	lehne ich ab <input type="radio"/>
c6.	lasse ich zu <input type="radio"/>	lehne ich ab <input type="radio"/>

Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

Ich habe zusätzlich zu dieser Patientenverfügung eine **Vorsorgevollmacht** erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person und der Ersatz-Person besprochen. Ich beauftrage die bevollmächtigten Personen, meinen hier niedergelegten Willen und darüber hinaus meinen mutmaßlichen Willen mit allen legalen Mitteln durchzusetzen.

Bevollmächtigte(r) / geb.:

Anschrift:

Telefon / E-Mail:

Ersatz-Bevollmächtigte(r) / geb.:

Anschrift:

Telefon / E-Mail:

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber diesen und folgenden Personen:
und

- Ich weiß, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ändern oder widerrufen kann.
- Ich lehne es strikt ab, dass man mir, wenn ich mich nicht mehr verständlich äußern kann, einen sog. „natürlichen Willen“ unterstellt, der dieser Patientenverfügung widerspricht.

Ort, Datum, Unterschrift der/des Verfügenden für alle 3 Seiten:

.....