

Patientenverfügung

Familienname		Vorname/n	
Geburtsdatum	Geburtsort		

Bedeutung dieser Verfügung

Im Folgendem verfüge ich über meine medizinische Betreuung. Diese Festlegung gilt nur für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr äußern kann. Als Zeichen dafür, dass ich mich eingehend mit dem folgenden Text beschäftigt habe, habe ich unter anderem bestimmte Teile gestrichen, angekreuzt und ergänzt.

Dabei weiß ich, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit widerrufen kann. Dies ist möglich durch Vernichtung oder durch schriftlichen oder mündlichen Widerruf. Für den Widerruf reicht eine Geste, wenn ich mich nicht mehr äußern kann.

1. Endlichkeit des Lebens

2. Freier Wille

3. Gewünschte Versorgung in kritischer Lage

4. Keine künstliche Verlängerung des Lebens

5. Verfügung

In dieser Einstellung zu Leben und zu Sterben verfüge ich:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- ich mich im Endstadium einer unheilbaren Krankheit befinde und ich meinen Willen nicht mehr äußern kann und/oder
- ich mich dauerhaft geistig nicht mehr orientieren kann, selbst meine Angehörigen und Freunde nicht mehr erkenne und offensichtlich am umgebenden Leben nicht mehr teilnehmen kann und/oder
- ich seit längerer Zeit einem halben Jahr

bewusstlos bin und nach der übereinstimmenden Prognose (Aussage über die zu erwartende Entwicklung einer Krankheit) zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen keine Aussicht besteht, dass ich aus dieser Bewusstlosigkeit erwachen werde.

5.1 Wiederbelebung

Falls nach ärztlicher Prognose mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit dauerhafte Gehirnschäden zu erwarten sind, die meine völlige Hilflosigkeit zu Folge haben werden, soll eine Wiederbelebung

nicht mehr durchgeführt werden. selbst dann erfolgen.

(Hinweis: Bitte wählen Sie eine der beiden Möglichkeiten aus. Falls Sie den Text unverändert lassen, treffen Sie keine Verfügung zur Frage der Wiederbelebung)

5.2 Ärztliche Betreuung

Ich weiß, dass zur Abschätzung der Prognose eine ausreichend lange Zeit der Beobachtung erforderlich ist.

6. Zeugen

6.1 Hausärztin/Hausarzt

Ich habe mit Frau/Herrn

Familienname

Vorname

die vorstehende Verfügung besprochen. Er/ Sie ist sich über die Tragweite der Verfügung voll bewusst.

Ort, Datum

Unterschrift Hausärztin/Hausarzt

Stempel

6.2 weitere Zeugen

(Hinweis: Die Unterschrift von Zeugen ist für die Wirksamkeit der Patientenletzverfügung zwar nicht erforderlich, ist aber zu empfehlen, um etwaigen Missverständnissen vorzubeugen. Sinnvoll ist auch, die Verfügung mit dem Hausarzt/der Hausärztin zu besprechen und gegebenenfalls auch durch ihn/sie gegenzeichnen zu lassen.)

Ich habe mich davon überzeugt, dass der Verfasser/die Verfasserin bei der Abfassung/Besprechung dieser Patientenverfügung frei in seiner/ihrer Entscheidung war und bei klarem Verstand.

Ort, Datum

Unterschrift Zeugin/Zeuge

Ort, Datum

Unterschrift Zeugin/Zeuge

Ort, Datum

Unterschrift Zeugin/Zeuge

7. Ergänzende Verfügungen

Die im folgenden aufgeführten Behandlungen haben eine beispielhafte Bedeutung und sollen deutlich machen, dass ich mich auch mit einigen Medizinische Sachverhalten auseinandergesetzt habe - zum Beispiel:

künstliche Ernährung

--

künstliche Beatmung

--

Organtransplantationen (als Spender/Empfänger)

--

Amputationen

--

Bluttransfusionen

--

künstliche Niere (Blutwäsche)

--

Sonstiges

--

Die vorangegangenen Verfügungen sind mein fester Wille. Ich bitte daher nachdrücklich, meine Wünsche, die ich in dieser Patientenverfügung niedergelegt habe, zu erfüllen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Verfügenden

--	--

Ein Original meiner Patientenverfügung ist hinterlegt bei:

1	Familienname			Vorname/n	
	Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
2	Familienname			Vorname/n	
	Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
3	Familienname			Vorname/n	
	Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	

Bestätigung (Hinweis: Zur Erhöhung der Beweiskraft empfiehlt es sich, diese Verfügung in regelmäßigen Abständen (ca. 2 Jahre) zu bestätigen)

Ich bestätige meine Patientenverfügung

Ort, Datum	Unterschrift der/des Verfügenden
------------	----------------------------------

Ich bestätige meine Patientenverfügung

Ort, Datum	Unterschrift der/des Verfügenden
------------	----------------------------------

Ich bestätige meine Patientenverfügung

Ort, Datum	Unterschrift der/des Verfügenden
------------	----------------------------------

Ich bestätige meine Patientenverfügung

Ort, Datum	Unterschrift der/des Verfügenden
------------	----------------------------------

Ich bestätige meine Patientenverfügung

Ort, Datum	Unterschrift der/des Verfügenden
------------	----------------------------------

Ich bestätige meine Patientenverfügung

Ort, Datum	Unterschrift der/des Verfügenden
------------	----------------------------------

Ich bestätige meine Patientenverfügung

Ort, Datum	Unterschrift der/des Verfügenden
------------	----------------------------------

Ich bestätige meine Patientenverfügung

Ort, Datum	Unterschrift der/des Verfügenden
------------	----------------------------------