Patientenverfügung

Wenn ich

(ggf. Titel) Vorname Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

zur Willensbildung der verständlichen Äußerungen meines Willens nicht mehr in der Lage bin, sollen Ärzte und Pfleger mich entsprechend der nachfolgenden Verfügung behandeln und pflegen.

1. In Todesnähe

Zutreffendes habe ich angekreuzt, nicht zutreffende Zeilen durchgestrichen	Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach in einem nicht mehr anwendbaren Sterbeprozess befinde, verlange ich,
☐	1.1 auf alle Maßnahmen zu verzichten, die bloß den Eintritt des Todes verzögern,
☐	1.2 bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand keine Wiederbelebungsmaßnahmen zu ergreifen,
☐	1.3 mich nicht künstlich zu ernähren,
☐	1.4 mich nicht künstlich zu beatmen,
☐	1.5 die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit nach dem Ermessen der Ärzte zu verringern,
☐	1.6 durch Mundpflege, Erhöhung der Luftfeuchtigkeit und ähnliche Maßnahmen das Durstgefühl zu stillen,
☐	1.7 Luftnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Erbrechen und andere Krankheitserscheinungen entgegenzuwirken und mir dazu geeignete Medikamente zu geben, auch wenn dies die Lebenszeit unter Umständen verkürzt.

Datum, Unterschrift - Verfügender-/in für Blatt 1 von 6

2. Bei unheilbaren Krankheiten im Endstadium

Zutreffendes habe ich angekreuzt, nicht zutreffende Zeilen durchgestrichen	Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach in einem Endstadium einer tödlich verlaufenden Krankheit befinde, verlange ich, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,
☐	2.1 auf alle Maßnahmen zu verzichten, die bloß den tödlichen Verlauf meiner Erkrankung verzögern,
☐	2.2 bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand keine Wiederbelebungsmaßnahmen zu ergreifen,
☐	2.3 mich nicht künstlich zu ernähren,
☐	2.4 mich nicht künstlich zu beatmen,
☐	2.5 die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit nach dem Ermessen der Ärzte zu verringern,
☐	2.6 durch Mundpflege, Erhöhung der Luftfeuchtigkeit und ähnliche Maßnahmen das Durstgefühl zu stillen,
☐	2.7 Luftnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Erbrechen und andere Krankheitserscheinungen entgegenzuwirken und mir dazu geeignete Medikamente zu geben auch, wenn dies die Lebenszeit unter Umständen verkürzt.

3. Bei Hirnschädigungen

Zutreffendes habe ich angekreuzt, nicht zutreffende Zeilen durchgestrichen	Wenn zwei in der Behandlung derartiger Fälle erfahrende Ärzte unabhängig voneinander zu dem Ergebnis kommen, dass ich wegen einer Gehirnschädigung etwa durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung oder infolge eines Herz-Kreislauf-Stillstandes die Fähigkeit bewusste Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren habe, verlange ich die unten angekreuzten Maßnahmen, auch wenn nicht absehbar ist, wann ich sterben werde. Dies gilt auch, wenn nicht völlig auszuschließen ist, dass ich das Bewusstsein noch einmal wiedererlangen würde.
☐	3.1 auf alle Maßnahmen zu verzichten, die bloß den Eintritt des Todes verzögern,
☐	3.2 bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand keine Wiederbelebungsmaßnahmen zu ergreifen,
☐	3.3 mich nicht künstlich zu ernähren,
☐	3.4 mich nicht künstlich zu beatmen,
☐	3.5 die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit nach dem Ermessen der Ärzte zu verringern,
☐	3.6 durch Mundpflege, Erhöhung der Luftfeuchtigkeit und ähnliche Maßnahmen das Durstgefühl zu stillen,
☐	3.7 Luftnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Erbrechen und andere Krankheitserscheinungen entgegenzuwirken und mir dazu geeignete Medikamente zu geben auch, wenn dies die Lebenszeit unter Umständen verkürzt.

4. Bei Hirnabbau

Zutreffendes habe ich angekreuzt, nicht zutreffende Zeilen durchgestrichen	Wenn mein Gehirn durch Abbauprozesse wie etwa Demenz so weit beeinträchtigt ist, dass ich nicht mehr in der Lage bin Nahrung und / oder Flüssigkeit auf natürlichem Weg zu mir zu nehmen, selbst mithilfe Dritter, verlange ich,
☐	4.1 auf alle Maßnahmen zu verzichten, die bloß den Eintritt des Todes verzögern,
☐	4.2 bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand keine Wiederbelebungsmaßnahmen zu ergreifen,
☐	4.3 mich nicht künstlich zu ernähren,
☐	4.4 mich nicht künstlich zu beatmen,
☐	4.5 die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit nach dem Ermessen der Ärzte zu verringern,
☐	4.6 durch Mundpflege, Erhöhung der Luftfeuchtigkeit und ähnliche Maßnahmen das Durstgefühl zu stillen,
☐	4.7 Luftnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Erbrechen und andere Krankheitserscheinungen entgegenzuwirken und mir dazu geeignete Medikamente zu geben auch, wenn dies die Lebenszeit unter Umständen verkürzt.

5. Organspende

JA ☐	NEIN ☐	<p>Ich bin bereit zu Organspenden und habe einen Organspendeausweis. Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntods entnommen werden können, wobei bis dahin der Kreislauf künstliche aufrechterhalten bleiben muss.</p> <p>Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch infrage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes bis zur anschließenden Organentnahme.</p>
--------------------------------	----------------------------------	---

6. Vorsorgevollmacht / Betreuung

JA ☐	NEIN ☐	6.1 Ich habe neben dieser Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt meiner Patientenverfügung mit meinem / meiner Bevollmächtigten besprochen und ihm / ihr eine Kopie ausgehändigt:
<hr/>		
(ggf. Titel) Vorname Name		
<hr/>		
Geburtsdatum		Geburtsort
<hr/>		
Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort		
<hr/>		
Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
<hr/>		
und		
<hr/>		
(ggf. Titel) Vorname Name		
<hr/>		
Geburtsdatum		Geburtsort
<hr/>		
Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort		
<hr/>		
Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
<hr/>		
Der / Die Bevollmächtigte ist verpflichtet, diese Patientenverfügung umzusetzen. Ich entbinde Ärzte, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen den Bevollmächtigten gegenüber von ihrer Schweigepflicht.		
JA ☐	NEIN ☐	6.2 Sofern das Betreuungsgericht einen Betreuer eingesetzt hat, ist dieser verpflichtet, diese Verfügung umzusetzen.

7. Widerruf und Änderung

Diese Patientenverfügung gilt, bis ich sie widerrufe oder eine andere Patientenverfügung aufsetze.

Datum, Unterschrift - Verfügender-/in für Blatt 4 von 6

8. Seelsorge und Beistand

JA ☐	NEIN ☐	8.1 Ich bin Mitglied der evangelischen Kirche und bitte um geistlichen Beistand.
JA ☐	NEIN ☐	8.2 Ich bin Mitglied der römisch-katholischen Kirche und bitte um geistlichen Beistand.
JA ☐	NEIN ☐	8.3 Ich bin Mitglied der folgenden Glaubensgemeinschaft und bitte um deren geistlichen Beistand: <hr/>
JA ☐	NEIN ☐	8.4 Ich bitte darum, bei einem Hospizverein um Beistand für mich nachzusuchen.
JA ☐	NEIN ☐	8.4 Ich wünsche eine Begleitung durch: <hr/> <hr/>

9. Bei dieser Patientenverfügung wurde ich beraten von:

(Ggf. Titel), Vorname Name			
Geburtsdatum und Ort			
Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;">Telefon</td> <td style="width: 33%; border: none;">Fax</td> <td style="width: 33%; border: none;">E-Mail-Adresse</td> </tr> </table>	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
Telefon	Fax	E-Mail-Adresse	

Ich habe mit dem / der Verfügenden über seine / ihre Anweisungen für den Fall der oben in Punkt 1-4 genannten Erkrankungen gesprochen. Er / Sie war bei der Entscheidung über die Patientenverfügung bei klarem Bewusstsein und hat seinen / ihren Willen hier durchdacht und in Kenntnis der Konsequenzen geäußert.

Ort, Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift - Verfügender-/in für Blatt 5 von 6

10. Arzt meines Vertrauens ist

<hr/>		
(Ggf. Titel), Vorname Name		
<hr/>		
Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort		
<hr/>		
Telefon	Fax	E-Mail-Adresse

11. Abschlusserklärung und Unterschrift

Ich habe die Patientenverfügung nach reiflicher Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts ausgefüllt.

Ort, Datum, Unterschrift Verfasser / in der Patientenverfügung

Ich habe meine Patientenverfügung überprüft und bestätige ihre Gültigkeit

Ort, Datum, Unterschrift Verfasser / in der Patientenverfügung

Ort, Datum, Unterschrift Verfasser / in der Patientenverfügung

Ort, Datum, Unterschrift Verfasser / in der Patientenverfügung

Ort, Datum, Unterschrift Verfasser / in der Patientenverfügung

Ort, Datum, Unterschrift Verfasser / in der Patientenverfügung

Ort, Datum, Unterschrift Verfasser / in der Patientenverfügung

Ort, Datum, Unterschrift Verfasser / in der Patientenverfügung

Datum, Unterschrift - Verfügender-/in für Blatt 6 von 6