

Patientenverfügung

Falls ich in einen Zustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiderruflich verloren habe und mich selbst nicht mehr verständlich äußern kann, will ich,

Diese Verfügungen sollen insbesondere gelten, wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess oder im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

In einer solchen Situation wünsche ich, dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Eine künstliche Ernährung (z. B. durch eine Magensonde) lehne ich ab.

Ich wünsche eine fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege. Auf jeden Fall erwarte ich, dass eine ausreichende Schmerzbehandlung vorgenommen wird, auch wenn sich mein Leben dadurch verkürzen sollte.

Eine künstliche Beatmung, Wiederbelebungsmaßnahmen oder eine Dialyse sollen bei mir nicht durchgeführt und – sofern bereits begonnen – wieder eingestellt werden. Mein Leben soll sich in Stille und Würde vollenden.

Ich möchte – wenn irgend möglich – zu Hause in meiner gewohnten Umgebung sterben. Es wäre schön, wenn die mir vertrauten Menschen, insbesondere _____, mich in dieser Situation begleiten würden.

Mein in dieser Patientenverfügung geäußertes Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Herr / Frau _____, wohnhaft: _____, ist von mir ausdrücklich bevollmächtigt, dafür Sorge zu tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird. Die behandelnden Ärzte entbinde ich ihm / ihr gegenüber von ihrer Schweigepflicht.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille nach Maßgabe dieser Verfügung zu ermitteln. Bei Zweifeln über etwaig anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll Herr / Frau _____ als meinem / meiner Bevollmächtigten / Bevollmächtigter die Entscheidungsbefugnis obliegen.

Bei der Interpretation meiner Patientenverfügung sollen meine nachfolgenden allgemeinen Wertvorstellungen Berücksichtigung finden:

Im Hinblick auf die von mir abgelehnten / gewünschten Behandlungsmaßnahmen verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung. Mir ist bekannt, dass ich meine Patientenverfügung jederzeit ändern oder widerrufen kann. Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte sowie unabhängig von Einflüssen Dritter erstellt.

Vor der Erstellung meiner Patientenverfügung habe ich mich durch _____

eingehend beraten lassen.

Ärztliche Aufklärung und Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit:

Herr / Frau _____

wurde von mir am _____ über die etwaigen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.
Er / sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

Meine Patientenverfügung soll solange gelten, bis ich sie widerrufe.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Verfügenden (mit Vor- und Nachnamen)

Zur Bekräftigung meines in der vorstehenden Patientenverfügung niedergelegten Willens bestätige ich diesen in vollem Umfang / mit den folgenden Änderungen:

Ort, Datum

Unterschrift der/des Verfügenden (mit Vor- und Nachnamen)