

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann, verfüge ich:

An mir sollen keine lebensverlängernden Maßnahmen vorgenommen werden, wenn nach bestem ärztlichen Wissen und Gewissen festgestellt wird, dass jede lebenserhaltende Maßnahme ohne Aussicht auf Besserung ist und mein Sterben nur verlängern würde. Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Beschwerden, wie z.B. Schmerzen, Unruhe, Angst, Atemnot oder Übelkeit gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendige Schmerztherapie eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist.

Ich möchte in Würde und Frieden sterben können, nach Möglichkeit in Nähe und Kontakt mit meinen Angehörigen und nahe stehenden Personen und in meiner vertrauten Umgebung. Ich bitte um seelsorgerlichen Beistand. Meine Konfession ist

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird.

Vorname, Name

Anschrift

Telefon

Geburtsdatum

Geburtsort

Ort

Datum

eigenhändige Unterschrift

Das vorliegende Dokument wird bestätigt:

Ort

Datum

Unterschrift

Ergänzungen zur Patientenverfügung:

1. Besondere Behandlungswünsche bei besonderen Erkrankungen bzw. Ausschluss besonderer Behandlungen
2. Besondere Behandlungswünsche zur Pflege, zur künstlichen Ernährung, zur Gabe von Medikamenten bei Begleitinfektionen oder zur Schmerztherapie
3. Anwendung bestimmter Behandlungsformen nur für begrenzte Zeit
4. Besonderheiten für den Fall, dass ich Komapatientin werde

Verfügende Person wie Vorseite

Vorname, Name

Ort

Datum

eigenhändige Unterschrift

Unterschrift von Arzt oder Ärztin

Ich habe die vorliegende Patientenverfügung – ihren Inhalt und ihre Konsequenzen – mit der verfügenden Person besprochen:

Name

Anschrift

Telefon

Ort

Datum

Unterschrift des Arztes meines Vertrauens