

Patientenverfügung

mit Bestimmung eines Gesundheitsbevollmächtigten zur Durchsetzung dieser Verfügung

Für den Fall, dass ich auf Grund einer möglichen Gebrechlichkeit bzw. Bewusstlosigkeit nicht mehr in der Lage bin, meine Wünsche und Vorstellungen gegenüber den behandelnden Ärzten zu äußern, treffe ich nachfolgende

Patientenverfügung mit der Bitte meine Wünsche zu respektieren (in Willenserklärung I oder II)

Sollte ich (**Vollmachtgeber / Verfügender**)

Vorname	Nachname
geboren am	Geburtsort
wohnhaft in	
Straße	
PLZ	Ort

aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinstörung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände dauerhaft nicht mehr in der Lage sein, meinen Willen zu äußern, bevollmächtige ich hiermit

Gesundheitsbevollmächtigter zur Durchsetzung meiner Verfügung gegenüber Ärzten, med. Personal und Betreuungseinrichtungen

Vorname	Nachname, ggf. Geburtsname
geboren am	Geburtsort
wohnhaft in	
Straße	
PLZ	Ort
Telefon	Mobiltelefon

Ersatzgesundheitsbevollmächtigter

Vorname	Nachname, ggf. Geburtsname
geboren am	Geburtsort
wohnhaft in	
Straße	
PLZ	Ort
Telefon	Mobiltelefon

Ersatzgesundheitsbevollmächtigter

Vorname	Nachname, ggf. Geburtsname
geboren am	Geburtsort
wohnhaft in	
Straße	
PLZ	Ort
Telefon	Mobiltelefon

mich in allen medizinischen entsprechend dieser Patientenverfügung Angelegenheiten zu vertreten.

Mein Bevollmächtigter darf in sämtliche Maßnahmen zur Diagnose und Behandlung einer Krankheit einwilligen, die Einwilligung hierzu verweigern oder zurücknehmen, Krankenunterlagen einsehen und in deren Herausgabe an Dritte einwilligen. Zu diesem Zweck entbinde ich die mich behandelnden Ärzte und deren nichtärztliche Mitarbeiter gegenüber meinem Bevollmächtigten von der Schweigepflicht.

Die Entscheidungen meines Bevollmächtigten sind für die behandelnden Ärzte verbindlich.

Diese Patientenverfügung ist jederzeit ohne besondere Form widerruflich.

Sofern ich außerstande bin, meinen Willen zu äußern, verfüge ich, nachdem ich mich über die medizinischen und rechtlichen Konsequenzen eingehend informiert habe:

Willenserklärung I

Bitte um Durchführung aller medizintechnisch möglichen, lebensverlängernden Maßnahmen

Ich bitte darum, alle medizinischen Behandlungsmöglichkeiten auszuschöpfen, damit mein Leben solange wie möglich erhalten bleibt, auch unter Einsatz aller intensivmedizinischen Möglichkeiten.

Ja Nein

ODER

Willenserklärung II

Bitte um eingeschränkte lebensverlängernde Maßnahmen, damit ich bei aussichtsloser Krankheitssituation in Würde sterben kann:

Die Anwendung lebensverlängernder Maßnahmen, insbesondere Operationen, künstliche Beatmung und Ernährung einschließlich Magensonde sowie die Aufrechterhaltung der Gehirntätigkeit soll unterbleiben, wenn **zwei Ärzte** unabhängig voneinander festgestellte haben,

-bitte Gewünschtes ankreuzen

Ja Nein dass ich mich unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, bei dem jede lebenserhaltende Therapie das Sterben oder das Leiden ohne Aussicht auf Besserung verlängern würde, oder

Ja Nein dass ich ohne Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins im Koma liege, oder

Ja Nein dass mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Dauerschädigung des Gehirns eintritt, oder

Ja Nein dass es zu einem nicht behandelbaren, dauernden Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt.

Behandlung und Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Schmerzen, Unruhe und Angst gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendige Schmerzbehandlung eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist. Ich möchte in Würde und Frieden sterben können, nach Möglichkeit in meiner vertrauten Umgebung.

Besondere Wünsche und Anliegen: _____

Um mir persönlichen und/oder seelsorgerischen Beistand zu leisten verständen Sie bitte:

Name, Vorname
Adresse
Telefon/Mobiltelefon/Fax

Die in dieser Verfügung getroffenen Entscheidungen erfolgten nach eingehender und reiflicher Überlegung und stellen meine generelle ethische Grundeinstellung zu Fragen eines Behandlungsabbruchs dar. In einer konkreten Situation, in der über einen Abbruch der an mir vorgenommenen Heilmaßnahmen zu entscheiden ist, bitte ich meine behandelnden Ärzte, diese Patientenverfügung als verbindlich anzunehmen und entsprechend meinem Willen zu verfahren. Eine andere Entscheidung als die hier zum Ausdruck gebrachte kommt für mich nicht in Frage.

Wichtig: Sollte aufgrund wechselnder Gesetze diese Entscheidung von einem Gericht getroffen werden müssen, so beauftrage ich den Bevollmächtigten, die Zustimmung des Gerichtes auch mit Hilfe eines Rechtsanwaltes zu erlangen.

Ort und Datum	Unterschrift des Vollmachtgebers/Verfügenden

Bezeugung

Ich/Wir bezeuge(n), dass Frau/Herr...
bei der Abfassung dieser Verfügung einsichtsfähig war.

Ort und Datum	Unterschrift des Zeugen	ggf. Unterschrift des 2. Zeugen

Der Vollmachtgeber/Verfügende hat bis zum unterschriebenen Datum folgende Verfügungen verfasst: (entsprechende Verfügungen bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung | <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht | <input type="checkbox"/> Sorgerechtsverfügung |
| <input type="checkbox"/> Organverfügung | <input type="checkbox"/> Trauerverfügung | <input type="checkbox"/> Widerspruchserklärung (zur Verhinderung einer ungewollten Organentnahme im Ausland) |