

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich

geboren am:

wohnhaft in:

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

Zutreffendes habe ich angekreuzt

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde ja nein
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde ja nein
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist ja nein
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit andauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen ja nein
- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden ja nein
-

2. In allen unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühles sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahme nehme ich in Kauf. ja nein

3. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

- Die Unterlassung und Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen, sofern diese nur den bevorstehenden Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden ja nein
- Keine Wiederbelebungsmaßnahmen ja nein

4. In den von mir unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen und verlange:

- Keine künstliche Ernährung (weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke, noch über die Vene) ja nein
- Verminderte Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen ja nein

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.

Ich wünsche eine Begleitung:

durch
(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

durch Seelsorge

durch Hospizdienst

durch die Simongruppe

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt der Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen

ja nein

Bevollmächtigte(r)

Name:

Anschrift:

Telefon/Telefax:

Sofern diese Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u.a. meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z.B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder mündlich) widerrufen habe.

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern, ergänzen oder insgesamt widerrufen kann.

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift

C. Behörden

- mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. ja nein

D. Vermögenssorge

- Mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen, sowie Anträge stellen. ja nein

Achtung:

Kreditinstitute verlangen i.d.R. eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken!

Für Immobiliengeschäfte ist eine notarielle Vollmacht erforderlich!

E. Post- und Fernmeldeverkehr

- Die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen, sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden, und alle hiermit zusammenhängende Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. ja nein

F. Vertretung vor Gericht

- Mich gegenüber Gerichten vertreten, sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen. ja nein

G. Untervollmacht

- In einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen ja nein

H. Weitere Regelungen

-
-

.....
(Ort, Datum)

.....
Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

.....
(Ort, Datum)

.....
Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z.B. alle zwei Jahre) durch erneute Unterschrift zu bestätigen und damit zu aktualisieren. Eine ärztliche Beratung wird empfohlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

Ort

Datum

Unterschrift

.....

.....

.....

.....

.....

Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

.....
Name

.....
Anschrift

.....
Telefon/Fax

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von *

.....
(Name)

.....
(Anschrift)

.....
(Telefon)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

.....
(Name)

.....
(Anschrift)

.....
(Telefon)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

*Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben, kann ihre Wünsche und deren Bedeutung aber sehr unterstreichen.

Meine Wertvorstellungen

-Ergänzende Erläuterungen zu meiner Patientenverfügung-

A large rectangular area with a solid black border, containing 25 horizontal dotted lines for writing.