

Wenn ich,

(gegebenfalls Titel) Vorname, Name

Geburtssatum

Geburtsort

Starße, Hausnummer, Postleitzahl Ort

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

1. In Todesnähe

(zutreffendes habe ich angekreuzt, nicht zutreffende Zeile(n) durchgestrichen.)

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach in einem nicht mehr abwendbaren Sterbeprozess befinde, verlange ich,

- ☐ 1.1 auf 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 Flüssigkeiten 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.

(zutreffendes habe ich angekreuzt, nicht zutreffende Zeile(n) durchgestrichen.)

2. Bei unheilbarer Krankheit im Endstadium

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach im Endstadium einer tödlichen verlaufenden Krankheit befinde, verlange ich, auch wenn der Todeszeitpunkt nicht absehbar ist.

- ☐ 2.1 auf 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 Flüssigkeiten nach dem Ermessen der Ärzte zu verringern,
- ☐ 2.6 durch Mundpflege, Erhöhung der Luftfeuchtigkeit und ähnliche Maßnahmen,
- ☐ 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.

(zutreffendes habe
ich angekreuzt,
nicht zutreffende
Zeile(n)
durchgestrichen.)

3. Bei Hirnschädigung

Wenn zwei in der Behandlung derartiger Fälle erfahren Ärzte unabhängig voneinander zu dem Ergebnis kommen, das ich wegen einer Gehirnschädigung etwa durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung oder infolge eines Herz-Kreislauf-Stillstands 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 vollständig auszuschließen ist, dass ich das Bewusstsein noch einmal wiedererlangen würde.

- ☐ 3.1 auf Maßnahmen zu verzichten, die bloß den tödlichen Verlauf meiner Erkrankung 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 Flüssigkeiten nach dem Ermessen der Ärzte zu verringern,
- ☐ 3.6 durch Mundpflege, Erhöhung der Luftfeuchtigkeit und ähnliche Maßnahmen,
- ☐ 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
Zeile(n)
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 natürlichen Weg zu mir zu nehmen, selbst mithilfe Dritter verlange ich,

- ☐ 4.1 auf Maßnahmen zu verzichten, die bloß den tödlichen Verlauf meiner Erkrankung 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 Flüssigkeiten nach dem Ermessen der Ärzte zu verringern,
- ☐ 4.6 durch Mundpflege, Erhöhung der Luftfeuchtigkeit und ähnliche Maßnahmen,
- ☐ 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

☐

Ich bin bereit zur Organspende und habe einen Organspendeausweis. Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntods entnommen werden können, wobei bis dahin der Kreislauf künstlich aufrechterhalten bleiben muss. 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 Hirntods bis zur anschließenden Organentnahme

6. Vorsorgevollmacht / Betreuung

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:

(ggf Titel) Vorname, Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Und

(ggf Titel) Vorname, Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Telefon

Fax

E-Mail

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 eine Betreuungsperson eingesetzt hat ist diese Verpflichtet, die Verfügung umzusetzen.

7. Widerruf und Änderung

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

8. Seelsorge und Beistand

Ich bin Mitglied der evangelischen Kirche und bitte um geistlichen Beistand

Ja ☐ Nein ☐

Ich bin Mitglied der römisch-katholischen Kirche und bitte um geistlichen Beistand

Ja ☐ Nein ☐

Ich bin Mitglied der folgenden Glaubensgemeinschaft und bitte um geistlichen Beistand

Ja ☐ Nein ☐

Ich bitte darum, bei einem Hospizverein, um Beistand für mich nachzusuchen.

Ja ☐ Nein ☐

Ich wünsche eine Begleitung durch

Ja ☐ Nein ☐

9. Bei dieser Patientenverfügung wurde ich beraten von:

(ggf Titel) Vorname, Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Telefon

Fax

E-Mail

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

Ort, Datum, Unterschrift

10. Arzt / Ärztin meines Vertrauens ist:

(ggf Titel) Vorname, Name

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Telefon

Fax

E-Mail

11. Abschlusserklärung und Unterschrift

Ich habe diese Patientenverfügung nach reiflicher Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechte 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