

# Patientenverfügung

## Persönliche Daten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und -ort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Für den Fall, dass ich auf Grund einer irreversiblen Bewusstlosigkeit, einer schweren direkten oder indirekten Dauerschädigung des Gehirns oder einer anderen Erkrankung entscheidungsunfähig bin und mein Selbstbestimmungsrecht in Gesundheitsangelegenheiten nicht mehr selbst ausüben oder nicht mehr äußern kann, bestimme ich Folgendes:

Bei einem andauernden, irreparablen Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers oder bei einer unheilbaren Krankheit, die definitiv bzw. mit einer sehr großen Wahrscheinlichkeit in absehbarer Zeit zum Tode führt, bin ich mit lebensverlängernden Maßnahmen (wie z. B. Intensivtherapie, Wiederbelebung, künstliche Beatmung, Bluttransfusion oder -wäsche, künstliche Ernährung, Antibiotikabegabe bei fieberhaften Begleitsymptomen, andere medikamentöse Behandlungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung etc.) nicht einverstanden.

Die Behandlung und Pflege soll allein auf die Linderung von Schmerzen sowie die ausreichende Versorgung, ggf. mit künstlicher Flüssigkeit, gerichtet sein, um ein unnötiges Leiden zu vermeiden und den notwendigen Flüssigkeitsspiegel im Körper zu erhalten.

Die obige Diagnose und Prognose bestätigen zwei mit meinem Krankheitsbild vertraute Ärzte. Darüber hinaus bitte ich, dieses Dokument zu meinen Krankenakten zu nehmen und, sofern ich in einem Alten- oder Pflegeheim lebe, dem Träger des Heimes für eine mögliche Einweisung ins Krankenhaus mitzugeben.

Meine Vertrauensperson, \_\_\_\_\_, soll meinen Willen im Sinne dieser Patientenverfügung einbringen. Des Weiteren hat meine Vertrauensperson das Recht, meine Krankenakten einzusehen und in deren Herausgabe an Dritte einzuwilligen. Zu diesem Zweck entbinde ich die mich behandelnden Ärzte und deren nicht ärztliche Mitarbeiter gegenüber meiner Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

Sofern dieser Patientenverfügung eine Erklärung über die Bereitschaft zur Organspende (Organspendeausweis) beigefügt ist, soll diese als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Erklärung nach Information über die rechtlichen und medizinischen Folgen bei vollständiger geistiger Klarheit und Geschäftstätigkeit getroffen. Sie ist so lange gültig bis ich sie widerrufe oder eine neue Patientenverfügung erstelle.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bestätigung durch einen Zeugen:

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift