

Meine Patientenverfügung



Ich,	(Vorname, Nachname)
geboren am:	(Tag, Monat, Jahr)
wohnhafte in:	(PLZ, Ort)

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

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 (Name des Hausarztes und eines der behandelnden Neurologen) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, treffe ich folgende Festlegungen:

Es sollen alle Leben erhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich erwarte fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, auch mit bewusstseinsdämpfenden Mitteln. Eine künstliche Ernährung soll nicht erfolgen. Im Fall es Kreislaufstillstandes oder Atemversagens lehne ich Maßnahmen der Wiederbelebung ab.

Künstliche Beatmung lehne ich ab, und schon eingeleitete Beatmung soll eingestellt werden, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Ich lehne eine Dialyse ab und möchte auch keine fremden Gewebe oder Organe empfangen, Ich wünsche Blut- oder Blutersatzstoffe nur zur Beschwerdelinderung. Sollte ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische Und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens mit allen Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt bei meinem Bevollmächtigten.

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärzte oder das Behandlungsteam aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen dieser Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt auch in diesem Fall bei meinem Bevollmächtigten.

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

Mein Bevollmächtigter ist:	
	(Name, Adresse, Telefon)

Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen der in dieser Verfügung getroffenen Entscheidungen bewusst und habe diese Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

Diese Patientenverfügung gilt so lange, bis ich sie widerrufe.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift Patient_In / gesetzlicher Vertreter

Erklärung des Hausarztes

<input type="text"/>	(Patient)
----------------------	-----------

wurde von mir am (Datum) bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift / Stempel Hausarzt