

Patientenverfügung

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Krankenvorgeschichte (nach Möglichkeit vom Hausarzt auszufüllen)

1. Wichtige Vorerkrankungen:

Besondere Hinweise

2. Zu benachrichtigen und über meinen Zustand aufzuklären sind:

3. Meine bisher behandelnden Ärzte sind:

4. Es sind folgende Personen ausdrücklich bevollmächtigt, zu medizinisch angezeigten Eingriffen für mich die Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern; dies gilt auch für intensivmedizinische oder lebenserhaltende Maßnahmen und für risikoreiche Maßnahmen nach § 1904 BGB:

Patientenverfügung

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Ich habe mich über die medizinische und rechtliche Bedeutung einer Patientenverfügung informiert. Die nachstehenden Erklärungen stellen keinen allgemeinen Verzicht auf die mir vertraglich zustehenden ärztlichen Behandlungen dar.

1. Ich erkläre hiermit:

- dass ich im Falle nicht mehr rückgängig zu machender Bewusstlosigkeit,
- dass ich bei wahrscheinlicher Dauerschädigung des Gehirns,
- dass ich bei dauerndem Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers,
- dass ich bei aussichtsloser bzw. negativer Prognose hinsichtlich meiner Erkrankung mit einer Intensivtherapie oder Wiederbelebung nicht einverstanden bin.

2. Sollte durch eine ärztliche Maßnahme nur eine Verlängerung des Sterbens oder nur eine Verlängerung des Leidens erreicht werden, verweigere ich ausdrücklich meine Zustimmung zu ärztlichen Eingriffen.

3. Ich wünsche keine weiteren diagnostischen Eingriffe und keine Verlängerung meines Lebens mit den Mitteln der Intensivtherapie, wenn von mindestens zwei Fachärzten (ungeachtet der Möglichkeit einer Fehldiagnose) bestätigt wird, dass meine Krankheit kurzfristig zum Tode führen wird.

4. Ich setze allerdings mein Vertrauen in eine vom Arzt anzuordnende schmerzlindernde Medikation, auch wenn sie zur Bewusstseinsausschaltung oder wegen ihrer – vom Arzt nicht beabsichtigten – Nebenwirkungen zu einem früheren Ableben führen sollte. Ich wünsche auch, dass alle erforderlichen Pflegemaßnahmen durchgeführt werden.

5. Dies bedeutet keine Einwilligung zur aktiven Sterbehilfe, das heißt, zur beabsichtigten und gezielten Herbeiführung meines Todes.

6. Organentnahme:

- Ich bin mit einer Organentnahme (Organspende) **NICHT** einverstanden.
- Ich **STIMME** einer Organentnahme (Organspende) **ZU**. Hierbei stimme ich ausdrücklich intensivmedizinischen Maßnahmen zu, die lebensverlängernden Charakter haben, wenn sie schmerzfrei und ohne schwerwiegende Belastungen für mich und meine Angehörigen sind.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Diese Verfügung wurde erneuert: _____

Eine Kopie dieser Patientenverfügung wurde hinterlegt bei: _____