

Muster: Patientenverfügung

Ich,

,

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Adresse)

bestimme für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu bilden oder verständlich zu äußern, Folgendes:

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

□ Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

□ Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen zu kommunizieren oder in Kontakt zu treten, nach Einschätzung der mich behandelnden, erfahrenen Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich abhanden gekommen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für jede direkte Gehirnschädigung, eingetreten durch z.B. Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder nach einer Operation als auch für jede indirekte Gehirnschädigung, nach z.B. einer Reanimation, aufgrund Schocks oder Lungenversagung.

Ich bin mir bewusst, dass in derartigen Situationen die Fähigkeit, Empfindungen zu spüren, erhalten sein kann und auch, dass ein Aufwachen nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, auch wenn dies äußerst unwahrscheinlich ist.

□ Wenn ich infolge eines fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses auch mit umfangreicher Hilfe nicht mehr in der

Lage bin, selbständig und auf natürliche Weise
Nahrung und Flüssigkeit zu mir zu nehmen,



In den vorstehend angekreuzten Situationen
verlange ich Folgendes:

die Unterlassung lebenserhaltender
Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern
und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern
würden

Keine Wiederbelebensmaßnahmen

□ Keine künstliche Ernährung (weder über eine Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke, noch über die Vene) und keine Flüssigkeitsgabe (außer zur Beschwerdelinderung)

Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen und Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst und Unruhe, Erbrechen und anderen, ähnlichen Beschwerden. Eine Verkürzung der Lebenszeit hierdurch nehme ich ausdrücklich in Kauf.

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen.

Ich wünsche eine Begleitung durch

(Seelsorge, Hospiz, andere)

Ich bin im Besitz eines Organspendeausweises, in welchem ich mich zur Bereitschaft einer Organspende bereit erklärt habe.

Sollten Maßnahmen für eine Organspende erforderlich sein, die meiner Patientenverfügung widersprechen,

geht meine Erklärung zur Organspende vor
oder

geht mein Wille aus der Patientenverfügung vor.

(Hier nur eine Alternative ankreuzen)

Ich habe eine Vorsorgevollmacht /
Betreuungsverfügung erteilt und den Inhalt dieser
Patientenverfügung mit der bevollmächtigten / als
Betreuer vorgesehenen Vertrauensperson
besprochen.

Diese Erklärung ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Ich habe sie nach sorgfältiger Überlegung erstellt.

Mir ist bekannt, dass ich die Patientenverfügung jederzeit ändern und widerrufen kann.

Sollte zusätzlich die Anhörung eines Angehörigen oder einer Vertrauensperson erforderlich sein, soll folgender Person, ohne weiteren Verzug, Gelegenheit zur Äußerung zu geben:

,

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Adresse)

Folgende Person soll nicht zu Rate gezogen werden:

,

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Adresse)

—
Ort, Datum

Unterschrift

