

Patientenverfügung

Wenn ich,

(ggf. Titel) Vorname Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl, Ort

zur Willensbildung oder Verständlichen Äußerung meines Willens nicht mehr in der Lage bin, sollen Ärzte und Pfleger mich entsprechend der nachfolgenden Verfügung behandeln und pflegen.

1. In Todesnähe

Wenn ich mich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit in einem nicht mehr abwendbaren Sterbeprozess befinde, verlange ich,

2. Bei unheilbarer Krankheit im Endstadium

Wenn ich mich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit im Endstadium einer tödlich verlaufenden Krankheit befinde, verlange ich, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,

3. Bei Hirnschädigung

Wenn zwei in der Behandlung derartiger Fälle erfahrene Ärzte unabhängig voneinander zu dem Ergebnis kommen, dass 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, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit unwiederbringlich verloren habe, verlange ich die folgend ausgeführten Maßnahmen, auch wenn nicht absehbar ist, wann ich sterben werde. Dies gilt auch, wenn nicht völlig auszuschließen ist, dass ich das Bewusstsein noch einmal wiedererlangen würde.

4. Bei Hirnabbau

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 natürlichem Weg zu mir zu nehmen, selbst mithilfe Dritter, verlange ich,

5. Organspende

Ich bin bereit zu Organspenden und habe einen Organspendeausweis oder im Notfallausweis den Organspendeteil ausgefüllt. 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.

☐

Ja

☐

Nein

Nicht-zutreffendes bitte durchstreichen

6. Vorsorgevollmacht bzw. gesetzliche Betreuung

6.1 Ich habe neben dieser Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt meiner Patientenverfügung mit meinem / meiner Bevollmächtigten besprochen und ihm / ihr ein Original ausgehändigt:

☐

Ja

☐

Nein

Nicht-zutreffendes bitte durchstreichen

Hinweise: Falls Sie „Nein“ angekreuzt haben, dann folgend diesen Punkt 6.1. nicht ausfüllen und durchstreichen.

In diesem Punkt wird eine Verknüpfung der Patientenverfügung mit der Vorsorgevollmacht erstellt. Tragend Sie, wenn Sie eine Vorsorgevollmacht erteilt haben, folgend den Bevollmächtigten und Ersatzbevollmächtigten ein, den Sie auch in der Vorsorgevollmacht bevollmächtigt haben.

(ggf. Titel) Vorname und Name des Bevollmächtigten

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl, Ort

E-Mail Adresse

Telefonnummern

Für den Fall, dass der/die Bevollmächtigte die Aufgabe nicht wahrnehmen möchte oder verhindert ist, bevollmächtige ich folgende Person:

(ggf. Titel) Vorname und Name des Ersatzbevollmächtigten

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl, Ort

E-Mail Adresse

Telefonnummern

Der/Die Bevollmächtigte bzw. der gesetzliche Betreuer ist verpflichtet, diese Patientenverfügung umzusetzen. Ich entbinde Ärzte, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen den Bevollmächtigten bzw. dem gesetzlichen Betreuer gegenüber von ihrer Schweigepflicht.

6.2 Sofern das Betreuungsgericht einen gesetzlichen Betreuer eingesetzt hat, ist dieser verpflichtet, die Verfügung umzusetzen.

7. Seelsorge und Beistand

Ich bin Mitglied der

☐

evangelischen Kirche

☐

römisch-katholische Kirche

*Nicht-zutreffendes
bitte durchstreichen*

☐

folgenden Glaubensgemeinschaft: _____

und bitte um geistlichen Beistand.

ODER

☐

Ja

☐

Nein

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

*Nicht-zutreffendes
bitte durchstreichen*

ODER

☐

Ja

☐

Nein

Ich wünsche eine Begleitung durch:

*Nicht-zutreffendes
bitte durchstreichen*

8. Ausfertigungen der Patientenverfügung

Es gibt mehrere Originale dieser Patientenverfügung. Diese Originale sind vorliegend bei folgend aufgelisteten Personen. Sie sind gültig, bis ich die Patientenverfügung widerrufe.

Vorname	Name	eindeutige Identifizierbarkeit (z.B. Geburtsdatum, Geburtsort oder Adresse oder Beziehung wie z.B. „Onkel“)
Ich:	Ich:	

9. Bei dieser Patientenverfügung wurde ich von folgendem Arzt beraten:

(ggf. Titel) Vorname Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl, Ort

E-Mail Adresse

Telefonnummern

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

Ort, Datum, ärztliche Unterschrift

10. Meine behandelnden Ärzte sind

Vorname	Name	Kontaktdaten	Kurzer Hinweis zur Art der Behandlung

Ich habe diese Patientenverfügung nach reiflicher Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts ausgefüllt.

Selbstbestimmungsrechts ausgefüllt. Leeres bitte
durchstreichen

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal green ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

12. Abschlusserklärung und Unterschrift

Ich habe diese Patientenverfügung nach reiflicher Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts ausgefüllt.

Ort, Datum, Unterschrift Verfasser/in der Patientenverfügung

Ich habe meine Patientenverfügung überprüft und bestätige ihre Gültigkeit:
(jährliche Aktualisierung empfohlen)

Ort, Datum	Unterschrift Verfasser/in der Patientenverfügung	Unterschrift Hausarzt (optional)
------------	--	----------------------------------

Ort, Datum	Unterschrift Verfasser/in der Patientenverfügung	Unterschrift Hausarzt (optional)
------------	--	----------------------------------

Ort, Datum	Unterschrift Verfasser/in der Patientenverfügung	Unterschrift Hausarzt (optional)
------------	--	----------------------------------

Ort, Datum	Unterschrift Verfasser/in der Patientenverfügung	Unterschrift Hausarzt (optional)
------------	--	----------------------------------

Ort, Datum	Unterschrift Verfasser/in der Patientenverfügung	Unterschrift Hausarzt (optional)
------------	--	----------------------------------

Ort, Datum	Unterschrift Verfasser/in der Patientenverfügung	Unterschrift Hausarzt (optional)
------------	--	----------------------------------

Ort, Datum	Unterschrift Verfasser/in der Patientenverfügung	Unterschrift Hausarzt (optional)
------------	--	----------------------------------

Ort, Datum	Unterschrift Verfasser/in der Patientenverfügung	Unterschrift Hausarzt (optional)
------------	--	----------------------------------

Ort, Datum	Unterschrift Verfasser/in der Patientenverfügung	Unterschrift Hausarzt (optional)
------------	--	----------------------------------

Ort, Datum	Unterschrift Verfasser/in der Patientenverfügung	Unterschrift Hausarzt (optional)
------------	--	----------------------------------