

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich

aufgrund von Krankheit, Unfall, Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinsbeeinträchtigung nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äußern, bestimme ich:

1. Solange eine realistische Aussicht auf Erhaltung eines erträglichen Lebens besteht, erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller vernünftigen Mittel und Möglichkeiten.

2. Ich wünsche jedoch keine lebenserhaltenden Maßnahmen, wenn medizinisch festgestellt wird,

- dass keine vernünftige Aussicht auf Gesundung besteht, wenn vielmehr angenommen werden muss, dass mir ein Leben voller Leiden bevorsteht, weil lebenswichtige Funktionen meines Körpers ausgefallen sind;
- dass ich mich unabwendbar im Prozess des Sterbens befinde, bei dem jede lebenserhaltende Therapie das Sterben ohne Aussicht auf Besserung hinauszögern würde.
- dass ich keine Aussicht habe, dass Bewusstsein wiederzuerlangen oder mir bewusstes Existieren nicht mehr möglich ist, weil ich eine schwerwiegende Dauerschädigung des Gehirns habe.

3. Ich wünsche, dass ich diejenige Menge an Medikamenten bekomme, die notwendig ist, um mich von Schmerzen zu befreien, auch wenn ich dadurch früher sterben muss.

4. Wenn eine medizinische Behandlung aus den oben genannten Gründen abgebrochen wird, wünsche ich mir, dass mir durch ärztliche und pflegerische Maßnahmen Schmerz, Atemnot, unstillbarer Brechreiz, Ersticken und andere Angstzustände genommen werden.

5. Ich verlange, dass Herr / Frau _____ Adresse: _____
Telefonnummer: _____ verständigt wird.

6. Die Feststellung, ob eine unheilbare Krankheit unerträgliches Leid verursachen wird, ob eine Gehirnschädigung schwer und von Dauer ist, oder ob der Tod unmittelbar bevorsteht, muss in jedem Fall von einem Arzt getroffen werden.

7. Maßnahmen, die dieser Erklärung widersprechen, verweigere ich ausdrücklich meine Zustimmung.

8. Sollte ich einen Unfall erleiden oder krank werden, ist die Person unter Nr. 5 berechtigt, von den Ärzten, Krankenhäusern und Polizeidienststellen Auskunft über meinen Gesundheitszustand zu erhalten. Ich entbinde deshalb alle diese Personen und Dienststellen von Ihrer Schweigepflicht.

.....
(Ort, Datum, Unterschrift)

9. Die vorstehende Erklärung ist nach ausführlicher Erörterung der einzelnen Punkte in meinem Beisein von Herrn / Frau _____ unterschrieben worden.

Ich habe mich davon überzeugt, dass die Erklärung dem Willen von Herrn / Frau _____ entspricht.

.....
(Ort, Datum, Unterschrift)

10. Die vorstehend gemachte Erklärung entspricht noch immer meinem Willen, den ich mit meiner erneuten Unterschrift bekräftige.

.....
(Ort, Datum, Unterschrift)