

Patientenverfügung

Familienname:	
Vorname:	
geb. am:	
Anschrift:	

1. Mit dem Thema Sterben habe ich mich durch folgende Ereignisse auseinander gesetzt:

- Pflege und Sterbebegleitung eines nahen Angehörigen
- Erfahrungen mit Sterbeprozessen und Tod von Angehörigen, Freunden und Bekannten
- eigene schwerwiegende Erkrankung(en)
- berufliche Erfahrungen als _____
- persönliches Interesse
- sonstiges

2. Aus folgenden Gründen habe ich mich entschlossen eine Patientenverfügung zu erstellen (hierzu können Sie Aussagen zu Ihrer persönlichen Einstellung, z. B. zu menschenwürdigem Sterben, Religiosität, eigener Krankheit u. a., treffen):

- Zu diesem Thema möchte ich keine Angaben machen.

3. Sollte ich an einer unheilbaren Krankheit leiden, die in absehbarer Zeit zum Tode führen wird, so wünsche ich folgendes (siehe Hinweise in der Anlage Ziffer 3.):

Sollten zu meiner Behandlung bereits lebensverlängernde Maßnahmen eingesetzt sein bzw. durchgeführt werden, so sollen diese nach Feststellung des irreversiblen Zustandes

- eingestellt werden.
- nicht eingestellt werden.

Sonstiges:

4. Ich weiß, dass ich jederzeit, beispielsweise auf Grund einer schweren Hirnschädigung (z.B. Unfall, Tumor oder Schlaganfall) das Bewusstsein verlieren kann. Ich bin dann evtl. dauerhaft nicht mehr in der Lage, mit meiner Umwelt in irgendeiner Form Kontakt aufzunehmen. Für den Fall, dass ich auf eine künstliche Ernährung oder künstliche Beatmung angewiesen bin, um nicht zu sterben, wünsche ich folgendes (siehe Hinweise in der Anlage Ziffer 4.):

Sollten zu meiner Behandlung bereits lebensverlängernde Maßnahmen eingesetzt sein bzw. durchgeführt werden, so sollen diese nach Feststellung des irreversiblen Zustandes

eingestellt werden.

nicht eingestellt werden.

Sonstiges:

5. Im übrigen habe ich folgende Wünsche für meine Behandlung in meiner letzten Lebensphase (siehe Hinweise in der Anlage Ziffer 5.):

6. In meiner letzten Lebensphase fürchte ich am meisten:

7. Vollmacht

Ich bevollmächtige hiermit folgende Person(en) meines Vertrauens, meinen in dieser Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachten Willen gegenüber allen beteiligten Personen und Einrichtungen im Bereich der Gesundheitsfürsorge durchzusetzen, **falls ich dazu auf Grund einer Erkrankung nicht mehr in der Lage bin:**

Verfügungsberechtigt ist

jeder für sich

vertretungsweise

gemeinschaftlich

Name: _____	Name: _____
Anschrift: _____	Anschrift: _____
_____	_____

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers /der Verfasserin

Ort, Datum und Unterschrift des Bevollmächtigten / der Bevollmächtigten

Ich habe den Inhalt der Patientenverfügung mit dem Arzt meines Vertrauens besprochen.

Name und Anschrift des Arztes

Als Arzt des Vertrauens bescheinige ich hiermit, dass die Verfasserin/der Verfasser in der Lage ist, den Sinn, die Bedeutung und die Folgen ihrer/seiner Verfügung zu erfassen.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes

Es wird empfohlen, bei dem Arzt Ihres Vertrauens eine Kopie Ihrer Patientenverfügung zu den Krankenunterlagen zu hinterlegen und einen entsprechenden Hinweis auf den sogenannten „Notfallausweisen“ zu vermerken.

Um Zweifel an der Verbindlichkeit älterer Verfügungen zu beseitigen, empfiehlt es sich, diese in regelmäßigen Abständen zu bestätigen oder zu ergänzen.

Bitte überprüfen Sie deshalb spätestens alle 2 Jahre Ihre Patientenverfügung. Wenn Ihre Verfügung unverändert Ihren Willen darstellt, bestätigen Sie diesen in den vorgesehenen Feldern. Falls Sie in diesen 2 Jahren zu einer anderen Auffassung kommen sollten, erstellen Sie bitte eine neue Patientenverfügung und vernichten Ihre bisherige Verfügung.

-
- Ich habe heute meine am _____ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

-
- Ich habe heute meine am _____ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

-
- Ich habe heute meine am _____ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

- Ich habe heute meine am _____ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

- Ich habe heute meine am _____ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

- Ich habe heute meine am _____ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

- Ich habe heute meine am _____ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

- Ich habe heute meine am _____ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

- Ich habe heute meine am _____ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

- Ich habe heute meine am _____ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

Hinweise zu einzelnen Fragen

Ziffer 3.

Beschreiben Sie an dieser Stelle Ihre Wünsche zu folgenden Fragen:

- ob Sie wünschen, dass ein zweiter Arzt zur Bestätigung der Diagnose hinzugezogen werden soll
- ob Sie die Vergabe von Antibiotika bei fieberhaften Begleiterkrankungen wünschen, auch wenn diese Begleiterkrankung ohne Behandlung evtl. zum Tode führen könnte
- ob und gegebenenfalls für welchen Zeitraum Sie künstlich ernährt werden wollen
- ob und gegebenenfalls für welchen Zeitraum Sie künstlich beatmet werden wollen
- ob Sie wiederbelebt werden wollen, falls Ihr Herz nicht mehr oder nur völlig unzureichend schlägt
- ob und gegebenenfalls in welchem Umfang Behandlungsversuche mit ungewissem Erfolg unternommen oder fortgesetzt werden sollen
- ob Sie die Behandlung von Schmerzen, Angst und Unruhe wünschen, selbst wenn Sie dadurch schläfrig werden oder wenn Sie dadurch das Bewusstsein verlieren sollten
- ob Sie die Behandlung von Schmerzen, Angst und Unruhe wünschen, auch wenn diese unbeabsichtigt zu einer Beschleunigung des Sterbens führen könnte.
- ob Sie wünschen, dass alles medizinisch Mögliche zu Ihrer Behandlung unternommen wird

Ziffer 4.

Beschreiben Sie an dieser Stelle Ihre Wünsche zu folgenden Fragen:

- ob Sie wünschen, dass ein zweiter Arzt zur Bestätigung der Diagnose hinzugezogen werden soll
- ob Sie die Vergabe von Antibiotika bei fieberhaften Begleiterkrankungen wünschen, auch wenn diese Begleiterkrankung ohne Behandlung evtl. zum Tode führen könnte
- ob und gegebenenfalls für welchen Zeitraum Sie künstlich ernährt werden wollen
- ob und gegebenenfalls für welchen Zeitraum Sie künstlich beatmet werden wollen
- ob Sie wiederbelebt werden wollen, falls Ihr Herz nicht mehr oder nur völlig unzureichend schlägt
- ob Sie wünschen, dass alles medizinisch Mögliche zu Ihrer Behandlung unternommen wird

Ziffer 5.

An dieser Stelle können Sie zu folgenden Aspekten Stellung nehmen:

- ob Sie eine seelsorgerische Begleitung wünschen, wenn ja, welche
- ob Sie - soweit möglich - an dem Ort sterben wollen, an dem Sie zuletzt gelebt haben, auch wenn die maximale Versorgung eines Krankenhauses dort nicht zur Verfügung steht
- ob Sie in einem Hospiz sterben, bzw. von der ambulanten örtlichen Hospizbewegung betreut und begleitet werden möchten
- welche sonstigen Wünsche Sie für Ihre letzte Lebensphase haben

Ziffer 7.

Die Bevollmächtigung ist nicht zwingend erforderlich. Ergänzend kann auch eine umfassende Vorsorgevollmacht erteilt werden (gesondertes Formular).