Patientenverfügung

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Adresse: _____

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich:

1. Diese Verfügung gilt beispielsweise für folgende Krankheitssituationen:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ○ Wenn ich mich unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- ○ Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- ○ Wenn meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit Menschen Kontakt aufzunehmen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Hirnschädigung (z.B. infolge eines Schlaganfalls oder Unfalls) als auch für eine indirekte Hirnschädigung (z.B. nach Wiederbelebungsmaßnahmen, Lungenversagen, Schock).
- ○ Wenn ich aufgrund eines weitfortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei einer Demenz) trotz ausreichender und ausdauernder Hilfestellung nicht mehr fähig bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- ○ Mit den obigen Fällen vergleichbare Krankheitssituationen, die hier nicht konkret aufgeführt sind, sollen entsprechend beurteilt und bewertet werden.

2. Für diese Krankheitssituationen lege ich fest:

Pflegerisch wünsche ich

- ○ lindernde Maßnahmen
- ○ fachgerechte Pflege von Mund- und Schleimhäuten
- ○ eine angemessene Unterbringung, Körperpflege und Zuwendung

Ärztlicherseits wünsche ich

- ○ fachgerechtes Lindern von Symptomen, Atemnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und andere belastende Symptome durch entsprechende Medikamente, selbst wenn dadurch eine Lebenszeitverkürzung begünstigt wird
- ○ das Unterlassen bzw. das Unterbrechen bereits eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen (z.B. Dialyse, künstliche Beatmung), die lediglich den Todeseintritt hinauszögern und damit Leiden unnötig verlängern
- ○ keine Wiederbelebungsmaßnahmen
- ○ keine künstliche Ernährung – weder über Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke. Ich wünsche keine Infusionen – außer wenn sie zur Linderung von Symptomen wie z.B. Schmerzen oder Unruhe medizinisch sinnvoll sind.

- ○ Eine Antibiotika-Behandlung soll unterbleiben, es sei denn, sie ist zur Leidens- und Schmerzlinderung unbedingt erforderlich.
- ○ Die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen soll unterbleiben, es sei denn, sie ist zur Leidens- und Schmerzlinderung unbedingt erforderlich.

Begleitung und Beistand gewünscht durch: ……

Eine Sterbebegleitung durch einen ambulanten Hospizdienst kommt für mich in Frage:

◯ Ja ◯ Nein

Gewünschter Sterbeort: ……

Der Einzug in ein stationäres Hospiz kommt für mich in Frage: ◯ Ja ◯ Nein

Organ- und Gewebespende:

- ○ Ich besitze *keinen* Organspendeausweis
- ○ Ich besitze *einen* Organspendeausweis. Der Ausweis befindet sich bei/in:

  ……

Bei einem Krankenhausaufenthalt soll Dr. ……

Anschrift: ……

informiert und zur Patientenverfügung befragt werden.

Diese Patientenverfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum Unterschrift (Verfügende/r)

Ort, Datum Unterschrift (Zeugin/Zeuge)

Vorsorgevollmacht für gesundheitliche Angelegenheiten

Für den Fall, dass ich zur Willensbildung oder Willensäußerung außerstande bin, benenne ich hiermit als Person meines Vertrauens

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Ich bevollmächtige sie / ihn ausdrücklich, an meiner Stelle zu Untersuchungen, Heilbehandlungen und ärztlichen Eingriffen Zustimmung zu erteilen oder sie zu verweigern, wobei sie / er sich gemäß meiner Verfügungen zu verhalten hat.

Im Falle ihrer / seiner Verhinderung benenne ich als Vertretung:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Sollte nach dem Betreuungsgesetz die Bestellung einer gesetzlichen Betreuung notwendig werden, bitte ich die Person meines Vertrauens als Betreuung zu bestellen. Die Betreuung und das Vormundschaftsgericht sollen ihre Entscheidungen nach dem von mir verfügten Willen treffen.

_____

Ort, Datum Unterschrift (Verfügende/r)

Zur Übernahme der Verpflichtungen bin ich bereit:

_____

Ort, Datum Unterschrift (Bevollmächtigte/r)

_____

Ort, Datum Unterschrift (Bevollmächtigte/r)

Neben dieser Vorsorgevollmacht für die Gesundheitsfürsorge liegen weitere Vollmachten vor: ◯ Nein ◯ Ja:

……..

……..