PATIENTENVERFÜGUNG

Name:_____Vorname:_____

Geburtsdatum:_____Geburtsort:_____

Wohnort:_____Straße:_____

Falls ich in einen Zustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiderruflich verloren habe, will ich, dass man auf Maßnahmen verzichtet, die nur noch eine Sterbens – und Leidensverlängerung bedeuten würden. Auf jeden

Fall erwarte ich aber eine ausreichende Schmerzbehandlung, auch wenn sich mein Leben dadurch verkürzen sollte. Mein Leben soll sich in Stille und Würde vollenden.

Vor entsprechenden Entscheidungen über das weitere Vorgehen verlange ich, dass die verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte mit den folgenden Personen meines Vertrauens Rücksprache nehmen. Die verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte sind ihnen gegenüber von der Schweigepflicht entbunden.

1.

_____ _____

Zuname, Vorname Unterschrift Datum

_____

Anschrift, Telefon, Fax

2.

_____ _____

Zuname, Vorname Unterschrift Datum

_____

Anschrift, Telefon, Fax

Mit ihrer obigen Unterschrift bestätigen diese Personen, dass sie von meiner Patientenverfügung Kenntnis genommen haben, und dass ich diese Erklärung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und unabhängig von Einflüssen Dritter unterschrieben habe.

_____

Ort, Unterschrift, Datum

Eine notarielle Beglaubigung Ihrer Patientenverfügung ist nicht erforderlich, aber Sie sollten im Abstand von einem bis zwei Jahren durch Ihre eigene Unterschrift bestätigen, dass diese Verfügung nach wie vor Ihrem Willen entspricht. Dafür sind die folgenden Zeilen vorgesehen.

_____

Datum Unterschrift

_____

Datum Unterschrift

_____

Datum Unterschrift

_____

Datum Unterschrift

_____

Datum Unterschrift

_____

Datum Unterschrift

Dieses Original-Formular Ihrer Patientenverfügung sollte bei Ihren persönlichen Unterlagen wie Familienbuch oder Testament aufbewahrt werden. Eine Kopie Ihrer Patientenverfügung können Sie den Personen zur Verfügung stellen, deren Unterschrift auf der Vorderseite steht.

Weitere Kopien können Sie bereithalten, um sie zu gegebener Zeit behandelnden Ärztinnen/Ärzte, Pflegekräfte, Betreuungshelferinnen und - helfer oder Heimleitungen zu übergeben bzw. übergeben zu lassen.