

# PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall dass ich,

Familienname, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich unter dem Vorbehalt des Widerrufs folgendes:**

## 1. Situationen, für die diese Verfügung gilt

zutreffendes  
ist  
angekreuzt

- ◆ wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- ◆ wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht abzusehen ist.
- ◆ wenn aufgrund einer Gehirnschädigung meine Einsichtsfähigkeit, Entscheidungen zu treffen und diesbezüglich mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren ist, auch wenn mein Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündungen, Tumore, fortgeschrittenen Hirnabbauprozess sowie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen.
- ◆ wenn ich in Folge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei einer Demenz) auch mit Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- ◆ \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden

## 2. In allen unter Nummer 1 angekreuzten Situationen verlange ich

- ◆ lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls.
- ◆ lindernde ärztliche Maßnahmen, im speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meines Lebens hierdurch nehme ich in Kauf.

## 3. In allen unter Nummer 1 angekreuzten Situationen wünsche ich:

- ◆ die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch das Leiden verlängern würden.
- ◆ keine Wiederbelebungsmaßnahmen.

**4. Bei allen in Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situation, speziell in Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen und verlange:**

- ◆ keine künstliche Ernährung (weder über eine Magensonde durch Nase, Mund oder Bauchdecke noch über die Vene).
- ◆ eine verminderte Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen.

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe!

Ich wünsche eine Begleitung

- durch \_\_\_\_\_
- durch einen Seelsorger \_\_\_\_\_
- durch einen Hospizdienst \_\_\_\_\_

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.  Ja  Nein  
Bevollmächtigte(r)

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine  Ja  Nein  
Betreuungsverfügung erstellt

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u.a. meiner Bereitschaft zur Organspende, beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Ich wünsche deshalb nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens wie oben niedergeschrieben unterstellt wird, solange ich meinen Willen nicht ausdrücklich, schriftlich oder nachweislich mündlich, widerrufen habe. Diese Patientenverfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Hiermit bestätige ich, dass diese Patientenverfügung nach eigenem Willen und im Vollbesitz der geistigen Kräfte verfasst wurde.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Dr. med. Lars Paschen, Stempel