

Meine Patientenverfügung

Seite 1

Patientenverfügung

(Wunsch nach Behandlungsabbruch bei ungünstiger Behandlungsprognose)

Sollte ich (**Vollmachtgeber**)

Vor- und Zuname

geboren am:

in:

wohnhaft in:

aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinstörung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände vorübergehend oder dauerhaft nicht mehr in der Lage sein, meinen Willen zu äussern, bevollmächtige ich hiermit:

(**Bevollmächtigter**)

Vor- und Zuname

geboren am:

in:

wohnhaft in:

mich in allen medizinischen Angelegenheiten zu vertreten.

Mein Bevollmächtigter darf in sämtlichen Maßnahmen zur Diagnose und Behandlung einer Krankheit einwilligen, die Einwilligung hierzu verweigern oder zurücknehmen, Krankenunterlagen einsehen und in deren Herausgabe an Dritte einwilligen. Zu diesem Zweck entbinde ich die mich behandelnden Ärzte und deren nicht ärztlichen Mitarbeitern gegenüber meinem Bevollmächtigten von der Schweigepflicht. Die Entscheidungen meiner Bevollmächtigten sind für die behandelnden Ärzte verbindlich. Diese Vollmacht ist jederzeit ohne besondere Form widerruflich.

Sofern ich ausser Stande bin, meinen Willen zu äussern, und der benannte Bevollmächtigte verhindert ist, verfüge ich, nachdem ich mich über die medizinische Situation und die rechtliche Beurteilung eines Aufklärungsverzichtes eingehend informiert habe: Die Anwendung lebensverlängernder Maßnahmen, insbesondere von Operationen, künstlicher Beatmung und Ernährung einschliesslich der Magensonde und Aufrechterhaltung der Gehirntätigkeit, soll unterbleiben, **wenn 2 Ärzte unabhängig voneinander festgestellt haben, (bitte gewünschtes auf Seite 2 ankreuzen):**

Meine Patientenverfügung

Seite 2

- dass ich mich unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, bei dem jede lebenserhaltende Therapie das Sterben oder das Leiden ohne Aussicht auf Besserung verlängern würde, oder
- dass ich ohne Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins in einem Koma liege, oder
- dass mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Dauerschädigung des Gehirns eintritt, oder
- dass es zu einem nicht behandelbaren, dauernden Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt.

Behandlung und Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Schmerzen, Unruhe und Angst gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendige Schmerzbehandlung eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist. Ich möchte in Würde und Frieden sterben können, nach Möglichkeit in meiner vertrauten Umgebung.

- Ich wünsche mir seelsorgerische Begleitung durch:**

Vor- und Zuname

Adresse

Tel.:

- Um mir persönlich Beistand zu leisten verständigen Sie bitte:**

Vor- und Zuname

Adresse

Tel.:

Die in der Verfügung getroffenen Entscheidungen erfolgten nach eingehender und reiflicher Überlegung und stellen meine generelle, ethische Grundeinstellung zu Fragen eines Behandlungsabbruchs dar. In einer konkreten Situation, in der über einen Abbruch der an mir vorgenommenen Heilmaßnahmen zu entscheiden ist, bitte ich meine behandelnden Ärzte, diese Patientenverfügung als verbindlich anzunehmen und entsprechend meinem Willen zu verfahren. Eine andere Entscheidung als die hier zum Ausdruck gebrachte kommt für mich nicht in Frage.



Meine Patientenverfügung

Seite 3

Wichtig: Sollte aufgrund wechselnder Gesetze diese Entscheidung von einem Gericht getroffen werden müssen, so beauftrage ich den Bevollmächtigten die Zustimmung des Gerichtes auch mit Hilfe eines Rechtsanwaltes zu erlangen.

Ich/Wir beauftrage(n), dass Frau/Herr

Vor- und Zuname

diese Verfügung im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfasst hat und geschäftsfähig war.

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

Anschrift

Ort, Datum:

Unterschrift des Zeugen:

Ort, Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers

Unterschrift des Bevollmächtigten

Ort, Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers (für spätere Bestätigung)

Ort, Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers (für spätere Bestätigung)