

Patientenverfügung

Ich, _____

geboren am: _____

wohnhaft in: _____

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bezüglich meiner medizinischen Versorgung und Behandlung folgendes:

Ich möchte in Würde sterben und bitte meine Ärzte, Angehörige und Pfleger mir dabei beizustehen.

Wenn ich

- _____

- _____

so treffe ich folgende Festlegungen.

Lebenserhaltene Maßnahmen:

Nach dem Eintreten oder während des Eintretens meiner oben beschriebenen Krankheitsbilder wünsche ich,

- _____
- _____

Schmerz- und Symptombehandlung:

Nach dem Eintreten oder während des Eintretens meiner oben beschriebenen Krankheitsbilder wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

Künstliche Ernährung:

Nach dem Eintreten oder während des Eintretens meiner oben beschriebenen Krankheitsbilder wünsche ich,

Künstliche Flüssigkeitszufuhr:

Nach dem Eintreten oder während des Eintretens meiner oben beschriebenen Krankheitsbilder wünsche ich,

Wiederbelebung:

Nach dem Eintreten oder während des Eintretens meiner oben beschriebenen Krankheitsbilder wünsche ich,

- _____
- _____

Patientenverfügung

Nicht nur in den oben beschriebenen Fällen, sondern in allen Fällen einer Lebensbedrohlichen Situation oder Krankheit,

Künstliche Beatmung:

Nach dem Eintreten oder während des Eintretens meiner oben beschriebenen Krankheitsbilder wünsche ich,

Dialyse:

Nach dem Eintreten oder während des Eintretens meiner oben beschriebenen Krankheitsbilder wünsche ich,

Antibiotika:

Nach dem Eintreten oder während des Eintretens meiner oben beschriebenen Krankheitsbilder wünsche ich die Vergabe von

Blut/ Blutbestandteile:

Nach dem Eintreten oder während des Eintretens meiner oben beschriebenen Krankheitsbilder wünsche ich,

Nach Eintritt der oben beschriebenen Krankheitsbilder wünsche ich,

Weitergehend möchte ich Beistand

- durch folgende Personen: _____
- durch eine Vertreterin oder einen Vertreter von:

Aufgrund meiner Religion sind mir folgende Dinge nach und vor dem Tod nicht gestattet oder müssen unbedingt erfüllt werden:

- _____

Patientenverfügung

Der in dieser Patientenverfügung geäußerte Wille, ist allein mein persönlicher Wille und soll deshalb bei allen ärztlichen und pflegerischen Eingriffen oder Maßnahmen, von dem Behandlungsperson befolgt werden. Mein, _____, soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird. Sollte das Behandlungsteam meinen, in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen nicht einhalten, erwarte ich, eine sofortige anderweitige Gesundheitliche Versorgung zu erhalten. Von _____ erwarte ich, dass die fortlaufende Behandlung so organisiert und besprochen wird, dass meinem niedergelegten Willen ausnahmslos entsprochen wird. Falls eine Lebens- oder Behandlungssituationen auftaucht, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt oder gar nicht geregelt ist, verlange ich, dass im Konsens aller Beteiligten, mein Wahrscheinlichster Wille ermittelt wird. Diese Patientenverfügung soll dafür den maßgeblichsten Einfluss haben. Bei unterschiedlichen Ansichten über Fortlauf oder Abbruch von einer Behandlung oder pflegerischen Leistung, soll der Meinung folgender Person die höchste Gewichtung zugeteilt werden: _____.

Wenn keine Änderung meiner Patientenverfügung vorliegt oder ich sie nicht widerrufen habe, ist mir wichtig, dass mir nicht während oder nach einer Behandlung zu Lasten gelegt wird, meinen Willen geändert zu haben. Wenn das Behandlungsteam oder meine Betreuungsperson, aufgrund von mir ausgehenden Gestiken/ Mimiken oder sonstigen Äußerungen, vermutet das mein in der Patientenverfügung hinterlegter Wille, nicht dem Situationsabhängigen Wille entspricht, dann soll im Konsens aller Beteiligter entschieden werden, ob mein niedergeschriebener Wille noch mit derzeitigen übereinstimmt. Wenn die sich beratenden Personen keine Einigung finden, soll in diesen Fällen die Meinung folgender Person die höchste Bedeutung erlangen: _____.

Zusätzlich zu meiner Patientenverfügung habe ich, der von mir bevollmächtigten Person, eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit dieser Person besprochen:

Name: _____
geboren am: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____ Telefax: _____

Anschließend habe ich, der von mir bevollmächtigten Person, eine Betreuungsverfügung für die Auswahl des Betreuungspersonals erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der gewünschten Person gewissenhaft besprochen:

Name: _____
geboren am: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____ Telefax: _____

Als Interpretationshilfe bei der Problematik, Inhalte der Patientenverfügung nachzuvollziehen, habe ich zusätzlich als Anlage beigelegt:

- _____

Falls erwartet oder unerwartet mein Todesfall nach den oben beschriebenen Krankheitsbildern oder infolge einer anderen Situation eintreten sollte

Patientenverfügung

Weitergehend _____

_____ zu Obduktionszwecken zur Verfügung stellen.

Die Möglichkeiten des Wiederrufs oder der Änderung meiner Patientenverfügung sind mir bekannt. Ich bin mir des Inhalts sowie der Konsequenzen, des in meiner Patientenverfügung geäußertem Wille bzw. der Entscheidungen bewusst. Ich habe diese Patientenverfügung in vollständiger eigener Verantwortung und ohne jeglichen äußeren Einfluss oder Druck erstellt und war im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

Vor Erstellung dieser Patientenverfügung habe ich mich weitreichend informiert bei _____ und wurde dort beraten durch _____

Bestätigung der Ärztin/des Arztes:

Herr/Frau _____
wurde von mir _____

bzgl. der möglichen Konsequenzen und über die Tragweite der Entscheidungen in dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/sie war im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte im vollen Umfang einwilligungsfähig.

Datum _____

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes _____

Diese Patientenverfügung soll solange bestehen bis ich sie, im vollen Besitz meiner geistigen Kräfte widerrufe oder verändere. Um meinen niedergelegten Willen und meine Entscheidungen zu bekräftigen, bestätige ich diese Patientenverfügung nachstehend mit meiner Unterschrift:

Bestätigung des Zeugen:

Hiermit bestätige Ich

Name: _____

geboren am: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

als Zeuge, das der Ersteller dieser Patientenverfügung seinen niedergelegten Willen, im vollen Besitz seiner geistigen Kräfte, diesen Patientenverfügung erstellt hat.

Unterschrift, Datum _____

Datum: _____

Unterschrift: _____