



PATIENTENVERFÜGUNG



Medizinische Behandlungen bestimmen.

Meine persönlichen Daten

☐ Frau ☐ Herr

Vorname/Nachname

Geburtsdatum, -ort

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Im Vollbesitz meiner geistigen Fähigkeiten und mit dem Wissen über die sich möglicherweise daraus ergebenden Folgen gebe ich folgende Willenserklärung ab, die so lange Gültigkeit behalten soll, bis ich sie geändert oder widerrufen habe. Ich verpflichte meine mich behandelnden Ärzte sowie die als Bevollmächtigte oder Betreuer eingesetzten Vertreter zu Entscheidungen im Rahmen dieser Erklärung, solange nicht konkrete oder hinreichend deutliche Hinweise vorliegen, dass ich meinen Willen zwischenzeitlich geändert habe.

Situationen, in denen meine Verfügung gelten soll:

(Bitte Zutreffendes ankreuzen, nicht Zutreffendes streichen)

- ☐ wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im **unmittelbaren Sterbeprozess** befinde.
- ☐ wenn ich mich im **Endstadium einer unheilbaren Krankheit** befinde, die zum Tode führen wird, auch wenn der Zeitpunkt des Todes noch nicht absehbar ist.
- ☐ wenn ich aufgrund einer **Gehirnschädigung** aller Wahrscheinlichkeit nicht mehr in der Lage bin, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen oder Kontakt mit anderen Menschen aufzunehmen. Dies gilt sowohl für direkte Gehirnschädigungen (z. B. durch Unfall oder Schlaganfall) als auch für indirekte Gehirnschädigungen (z. B. nach Wiederbelebung oder Schock).
- ☐ wenn ich unter einem **weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozess** leide (z. B. Demenzerkrankung) und auch mit ausdauernder Betreuung nicht mehr fähig bin, mir Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zuzuführen.
- ☐ wenn ich im **Koma** liege ohne Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins.
- ☐ wenn es bei mir zu einem nicht behandelbaren, **dauernden Ausfall lebenswichtiger Funktionen** meines Körpers kommt.

Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

(Bitte Zutreffendes ankreuzen, nicht Zutreffendes streichen)

Sollte sich mein Wille nach sorgfältiger Überprüfung nicht geändert haben, soll meine ärztliche Behandlung eine palliativmedizinische Leidensminderung und keine lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen beinhalten. Dazu gehört eine konsequente Schmerz- und Symptombehandlung, auch wenn die eingesetzten Mittel dieser Behandlung bewusstseinsdämpfend sind. Die Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Beim Eintreten der oben genannten Situationen wünsche ich

- ☐ **keine künstliche Ernährung** (unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr als Dauermaßnahme.
- ☐ **keine Maßnahmen zur Wiederbelebung** (Reanimation).
- ☐ **keine künstliche Beatmung** bzw. die Einstellung einer schon eingeleiteten Beatmung, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.
- ☐ **keine Dialyse** bzw. die Einstellung einer schon eingeleiteten Dialyse.
- ☐ **keine Antibiotika** und **keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen**, es sei denn, sie dienen nur der Linderung meiner Beschwerden.
- ☐ **kein fremdes Gewebe** und **keine fremden Organe**, auch wenn dadurch mein Leben verlängert werden kann.

Ort der Behandlung

(Bitte Zutreffendes ankreuzen, nicht Zutreffendes streichen)

Beim Eintreten der zuvor genannten Situationen wünsche ich

- ☐ wenn irgend möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung zu sterben.
- ☐ wenn irgend möglich, in einem Hospiz zu sterben.

Beistand

(Bitte Zutreffendes ankreuzen, nicht Zutreffendes streichen)

In meiner letzten Lebensphase möchte ich Beistand und Begleitung, vor allem durch

- ☐ Mitarbeiter/-innen eines Hospizdienstes:
- ☐ mein Hausarzt/meine Hausärztin:
- ☐ meine/n Seelsorger/-in:
- ☐ die folgende Person:

Vorname/Nachname	
Straße/Hausnummer	
PLZ/Ort	
Telefon	

Aussagen zur Verbindlichkeit und Auslegung

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten befolgt werden. Meine als Bevollmächtigte oder Betreuer eingesetzten Vertreter sollen dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird. In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille von meinem Bevollmächtigten zu bestimmen.

(Bitte Zutreffendes ankreuzen, nicht Zutreffendes streichen)

- ☐ Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.

Komme ich bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe,

- ☐ geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
- ☐ gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

- ☐ Ich verfüge hiermit, dass ich nicht als Organspender zur Verfügung stehe.

Bestätigung der Verfügung

Ich unterschreibe diese Verfügung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes.

Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird.

Mir ist die Möglichkeit der Änderung oder des Widerrufs meiner Patientenverfügung bekannt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die voranstehende Verfügung nur insoweit, wie ich sie ausgefüllt habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Erstellen Sie Ihre Vorsorgedokumente rechtssicher mit einem Anwalt!

Mit **JURA DIREKT**, unserem Kooperationspartner in der Rechtsvorsorge, können Sie Ihre Verfügungen und Vollmachten durch spezialisierte Rechtsanwälte individuell und rechtssicher erstellen und bei der Bundesnotarkammer hinterlegen lassen.
So stellen Sie sicher, dass Ihr Wille im Notfall berücksichtigt wird!

Weitere Informationen erhalten Sie unter: www.monuta.de/vorsorgedokumente