

2009	1		
interne Vermerke			

### PATIENTENVERFÜGUNG

mit fakultativer Bestimmung eines Gesundheitsbevollmächtigten

**Für den Fall, dass ich auf Grund einer möglichen Gebrechlichkeit bzw. Bewusstlosigkeit nicht mehr in der Lage bin, meine Wünsche und Vorstellungen gegenüber den behandelnden Ärzten zu äußern, treffe ich nachfolgende**

#### Patientenverfügung Willenserklärung I oder II

**Sollte ich** - bitte in Druckschrift ausfüllen -

Vorname	Nachname
geboren am	Geburtsort
Straße/Nr.	
PLZ	Ort

**aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinstrübung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände dauerhaft nicht mehr in der Lage sein, meinen Willen zu äußern, verfüge ich nachdem ich mich über die medizinischen und rechtlichen Konsequenzen eingehend informiert habe:**

#### Willenserklärung I

**Bitte um Durchführung aller medizintechnisch möglichen, lebensverlängernden Maßnahmen:** Ich bitte darum, alle medizinischen Behandlungsmöglichkeiten auszuschöpfen, damit mein Leben solange wie möglich erhalten bleibt, auch unter Einsatz aller intensivmedizinischen Möglichkeiten.

Ja     Nein    - Wenn Sie sich für "Nein" entschieden haben, bietet Ihnen die Willenserklärung II entsprechende Wahlmöglichkeiten -

#### Willenserklärung II

**Bitte um eingeschränkte lebensverlängernde Maßnahmen, damit ich bei aussichtsloser Krankheitssituation in Würde sterben kann:** Die Anwendung lebensverlängernder Maßnahmen, insbesondere Operationen, künstliche Beatmung und Ernährung einschließlich Magensonde sowie die Aufrechterhaltung der Gehirntätigkeit soll unterbleiben, wenn **zwei Ärzte** unabhängig voneinander festgestellt haben,

- bitte Gewünschtes ankreuzen -

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

Besondere Wünsche / Anliegen (ggf. beigefügte Anlage): \_\_\_\_\_

**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.**

Ort/Datum	Unterschrift des Verfügenden

**Die Stiftung VorsorgeDatenbank ist Kooperationspartner der DVZ - Deutsche Verfügungszentrale AG. Zusammen mit unserem Kooperationspartner sorgen wir dafür, dass Ihre Patientenverfügung von den berechtigten Krankenhäusern/med. Einrichtungen/berechtigten Institutionen datengesichert abgefragt werden kann.**

### PATIENTENVERFÜGUNG

Bestimmung eines Gesundheitsbevollmächtigten zur Durchsetzung dieser Patientenverfügung

**Fakultativ** (nur wenn gewünscht, jedoch nicht zwingend erforderlich)

**Ich verfüge, dass nachfolgende Person meine Wünsche in allen medizinischen Angelegenheiten entsprechend dieser Patientenverfügung vertritt.**

**Gesundheitsbevollmächtigter** zur Durchsetzung meiner Verfügung gegenüber Ärzten, med. Personal und Betreuungseinrichtungen

Vorname			Nachname, ggf. Geburtsname		
geboren am		Geburtsort			
Straße/Nr.					
PLZ		Ort			
Telefon			Mobiltelefon		

**Ersatzgesundheitsbevollmächtigter**

Vorname			Nachname, ggf. Geburtsname		
geboren am		Geburtsort			
Straße/Nr.					
PLZ		Ort			
Telefon			Mobiltelefon		

Sollte vom Vormundschaftsgericht auf Grund einer Verhinderung des von mir gewünschten Gesundheitsbevollmächtigten ein Betreuer bestellt werden, so hat auch er mich entsprechend dieser Patientenverfügung zu vertreten.

Mein Bevollmächtigter/ Betreuer darf in sämtliche 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 nichtärztliche Mitarbeiter gegenüber meinem Bevollmächtigten/ Betreuer von der Schweigepflicht.

Die Entscheidungen meines Bevollmächtigten/ Betreuers sind für die behandelnden Ärzte verbindlich.

Diese Patientenverfügung ist jederzeit ohne besondere Form widerruflich.

Ja  Nein Ich wünsche seelsorgerischen Beistand.

Die in dieser Verfügung getroffenen Entscheidungen erfolgten nach eingehender und reiflicher Überlegung und stellen meine ethische Grundeinstellung zu Fragen eines Behandlungsabbruchs oder weiterführenden Behandlungswunsches 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.

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

Ort/Datum	Unterschrift des Vollmachtgebers/Verfügenden
-----------	--