

Patientenverfügung

Datum:

Von

Meine Wünsche und Anweisungen:

Sollte ich zu einem zukünftigen Zeitpunkt durch Krankheit oder Unfall in einen Zustand geraten, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit auf Dauer verloren habe, erwarte ich, dass meinem im folgenden verfügten Willen Folge geleistet wird:

1. So lange eine realistische Aussicht auf Erhaltung eines Erträglichen Lebens besteht, erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung der angemessenen Möglichkeiten.

Ein erträgliches Leben besteht für mich nicht mehr, wenn ich im Koma bzw. Wachkoma liege und auf Dauer nicht mehr hören, sehen, sprechen oder fühlen kann. Wenn also zwischenmenschliche Kontakte nach ärztlichem Ermessen nicht mehr möglich sind.

2. Besteht keine Aussicht mehr auf ein erträgliches Leben, dann möchte ich mein Leben in Würde beenden.

Realistische Aussichten bestehen für mich dann nicht mehr, wenn lebenswichtige Funktionen meines Körpers ausgefallen sind und / oder meine Atmung und / oder mein Kreislauf auf Dauer nur mit Apparaten erhalten werden kann. Ich wünsche keine Lebensverlängernden Maßnahmen in diagnostischer und therapeutischer Weise, wenn ich an einer Krankheit leide, welche unweigerlich zum Tod führt. Ich stimme einem Behandlungsabbruch als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes ausdrücklich zu. Ich erwarte, dass ich keine schweren Schmerzen ertragen muss, dass ich nicht alleine gelassen werde und dass ich in einer mir entsprechenden, gewohnten Umgebung mein Leben beenden kann.

3. Ich wünsche keine Lebensverlängernden Maßnahmen, die nur die Leidens- und Sterbephase verlängern würden.

Wiederbelebungsversuche, künstliche Beatmung, künstliche Ernährung, Bluttransfusionen, Blutwäsche und ähnliches sollen nur dann vorgenommen werden, wenn sie der Förderung meiner Lebensqualität dienen, jedoch nicht zur Verlängerung der Leidens- und Sterbezeit (siehe Punkt 1, Abs. 1).

4. Ich erwarte eine ausreichende Schmerztherapie und ganzheitliche Behandlung, den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechend.

Bei unerträglichen Schmerzen erwarte ich eine ausreichende Behandlung, unabhängig davon, ob die Schmerzmittel mein Bewusstsein trüben oder gar zu einer Verkürzung meiner Lebenszeit führen; diesem stimme ich ausdrücklich zu.

Als Vertrauensperson/-en, die nähere Angaben zu meinen Wünschen und zu meinem Willen, Gewohnheiten und Vorlieben machen können, benenne ich:

* meine in der Genarealvollmacht benannten Person/-en

* folgende Person/-en:.....

Ich entbinde meinen Hausarzt und alle mich behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht gegenüber meinen Vertrauenspersonen.

Ich wünsche nicht, dass mir in einer akuten Situation unterstellt wird, dass ich meine Meinung geändert haben könnte. Wenn ich meine Meinung zu der vorstehend getroffenen Verfügung geändert habe, werde ich diese erkennbar zum Ausdruck bringen.

Datum.....Unterschrift.....

Ich bekräftige und bestätige o.g. Wünsche und Anweisungen:

Datum.....Unterschrift.....

Datum.....Unterschrift.....

Datum.....Unterschrift.....

*zutreffendes bitte ankreuzen