

Patientenverfügung

Persönliche Daten

Ich...,

Vorname

Name

ggf. Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Geschlecht

weiblich

männlich

Anschrift

Straße und Nr.

PLZ

Ort

... bringe mit dieser Verfügung meinen Willen zum Ausdruck. Über die Bedeutung und Tragweite einer Patientenverfügung habe ich mich eingehend informiert und bin mir somit ihrer Auswirkungen bewusst. Für den Fall, dass ich in einen Lebenszustand gerate, in dem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiederbringlich verloren habe und mich in Bezug auf meine medizinische Behandlung und Versorgung nicht mehr äußern kann, erkläre ich, **wobei ich das für meinen Willen Zutreffende mit einem „X“ markiere**,

Folgendes:

Für folgende Lebenssituation soll diese Verfügung gelten:

Durch eine ärztliche Diagnose oder Prognose wird festgestellt, dass mein Krankheitsleiden zum Tode führen und dieser Prozess voraussichtlich auch mit großen Schmerzen verbunden sein wird.

Wenn meine geistigen Funktionen unwiederbringlich und schwerwiegend geschädigt wurden, sodass künftig kein selbstbestimmtes und kommunikationsfähiges Leben mehr möglich ist.

Wenn die Krankheit bzw. das Leiden, wobei der Zeitpunkt des Todeseintritts noch nicht absehbar ist, einen unmittelbaren und tödlichen Verlauf hat.

Wenn ich, auch mit ausdauernder Hilfestellung, nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen, infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie beispielsweise bei der sog. Demenzerkrankung oder aufgrund einer anderen Krankheitssymptomatik.

Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (*können namentlich benannt werden*) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung, ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.

Hier können Sie eine eigene Situationsbeschreibung anfügen, wobei nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.

Krankheitsbilder, die den oben markierten Darstellungen von der Symptomatik und dem Verlauf ähneln, jedoch nicht aufgeführt sind, sollen auch mit umfasst sein.

Verfügungen zu den oben genannten Lebenssituationen:

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich(,)

dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um meine Beschwerden zu lindern und mich am Leben zu halten.

dass ich fremde Organe und fremde Gewebe erhalte, wenn dadurch mein Leben verlängert wird.

dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.

die fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

Patientenverfügung

- eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung.
- keine schmerz- und symptomlindernden Maßnahmen. Die Verkürzung meiner Lebenszeit hierdurch nehme ich in Kauf.
- dass mit einer künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszuführung begonnen bzw. diese weitergeführt wird.
- dass keine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszuführung erfolgt, unabhängig von der Methodik der Darreichung.
- dass im Falle eines akuten Herz-Kreislauf-Stillstandes in allen oben genannten Fällen keine Wiederbelebungsmaßnahmen eingeleitet werden.
- dass lebenserhaltende Maßnahmen nicht eingeleitet werden.
- dass mir keine Medikamente gereicht werden, die den Todesprozess unnötig verlängern.
- dass die Gabe von Blut bzw. Blutbestandteilen, welche mein Leben verlängern könnten, unterlassen wird.

Beistand am Lebensende (Vertrauensperson):

(Vorname, Name, Adresse, Kontakt – Telefon)

(Arzt/Ärztin)

(Hospizdienst)

(Seelsorge)

Kopie dieser Verfügung haben:

1. Person

Vorname

Name

Anschrift

Straße und Nr.

PLZ

Ort

Telefon

Mobil

2. Person

Vorname

Name

Anschrift

Straße und Nr.

PLZ

Ort

Telefon

Mobil

Diese Verfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst. Ich habe diese Verfügung nach reiflicher Überlegung gewissenhaft erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Aus diesem Grund wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich schriftlich bzw. nachweislich mündlich widerrufen habe.

Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

Datum

Ort

Unterschrift

X

Patientenverfügung

Bestätigung der Verfügung zu einem späteren Zeitpunkt:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den gesamten Inhalt dieser Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille nicht geändert hat.

Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

Datum Ort

Unterschrift

Datum Ort

Unterschrift

Datum Ort

Unterschrift

Datum Ort

Unterschrift

Datum Ort

Unterschrift

Haftungsausschluss:

Bitte beachten Sie, dass dieser Text ein unverbindliches Muster darstellt und im konkreten Einzelfall gegebenenfalls ergänzt werden muss. Es kann in verschiedenen Fällen nicht geeignet sein, den gewünschten Zweck zu erzielen und ersetzt nicht einen anwaltlichen Rat. Bei rechtlichen Fragen sollte in jedem Fall ein Anwalt konsultiert werden. Die ÖRAG übernimmt keinerlei Haftung für Auswirkungen auf die Rechtspositionen der Beteiligten. Bitte beachten Sie zudem, dass in vielen Fällen Fristen laufen können, wenn Sie diese versäumen, bringt Ihnen das Nachteile. Das Musterschreiben erhebt keinen Anspruch auf Richtigkeit und es dient als Anregung und Hilfe für Formulierungen.

Nutzungsrecht:

Wir weisen darauf hin, dass die auf dieser Website veröffentlichten Musterformulare und/oder Musterverträge dem deutschen Urheberrecht unterliegen. Jede Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und jede Art der Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechts bedürfen der vorherigen schriftlichen Zustimmung der ÖRAG. Downloads und Kopien dieser Inhalte sind nur für den rein privaten Eigengebrauch, nicht für den kommerziellen oder sonstigen Gebrauch gestattet.

Rechtsinhaber: ÖRAG Rechtsschutzversicherungs-AG, Hansaallee 199, 40549 Düsseldorf, www.oerag.de