

Patientenverfügung

1. Persönliche Angaben:

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

2. Warum ich diese Patientenverfügung erstelle

Falls ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen zu äußern, insbesondere am Lebensende, möchte ich, dass alle medizinischen Entscheidungen entsprechend meiner hier festgelegten Wünsche getroffen werden. Es soll nicht das medizinisch Mögliche, sondern mein persönlicher Wille im Vordergrund stehen.

3. Wann diese Verfügung gelten soll

Diese Patientenverfügung gilt, wenn ich nicht mehr in der Lage bin, meinen eigenen Willen zu äußern und:

- Ich mich im Sterbeprozess befinde und nach ärztlicher Einschätzung keine Heilung mehr möglich ist.
- Ich an einer unheilbaren, fortschreitenden Krankheit leide, die tödlich verläuft.
- Ich aufgrund einer schweren Gehirnschädigung dauerhaft nicht mehr in der Lage bin, selbst Entscheidungen zu treffen oder mit anderen zu kommunizieren.
- Ich an einer fortgeschrittenen Demenz oder einer ähnlichen Erkrankung leide, die es mir unmöglich macht, selbstständig Nahrung oder Flüssigkeit aufzunehmen.

4. Welche medizinischen Maßnahmen ich wünsche oder ablehne

4.1. Schmerzlinderung und Wohlbefinden

Ich möchte, dass alle Maßnahmen ergriffen werden, um meine Schmerzen und Beschwerden zu lindern. Falls diese Behandlungen mein Leben unbeabsichtigt verkürzen, nehme ich das in Kauf.

4.2. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

Ich lehne künstliche Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr ab, wenn sie nur dazu dienen, mein Leben ohne Aussicht auf Besserung zu verlängern.

4.3. Beatmung

Ich wünsche keine künstliche Beatmung. Falls ich Probleme mit der Atmung habe, soll dafür gesorgt werden, dass ich keine Luftnot empfinde.

4.4. Dialyse (Blutwäsche)

Ich lehne eine Dialyse ab, wenn sie lediglich mein Leben verlängern würde, ohne dass ich eine Lebensqualität zurückerlangen kann.

4.5. Antibiotika

Antibiotika sollen nur verabreicht werden, wenn sie meine Beschwerden lindern, nicht um mein Leben zu verlängern.

4.6. Bluttransfusionen

Ich lehne die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen ab, wenn sie nur der Verlängerung meines Lebens dienen.

4.7. Medikamente zur Kreislaufunterstützung

Ich wünsche keine Medikamente, die meinen Kreislauf künstlich stabilisieren, wenn es keine realistische Chance auf Besserung gibt.

4.8. Wiederbelebung

Ich möchte nicht wiederbelebt werden. Falls medizinisches Personal oder Notärzte eingreifen, sollen sie sofort über meine Entscheidung informiert werden.

4.9. Organspende

Ich stimme der Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu.

Ich lehne eine Organspende ab.

5. Mein Wunsch für die Betreuung und Umgebung

Falls ich mich in einer der oben beschriebenen Situationen befinde, wünsche ich mir:

- Nach Möglichkeit in meiner gewohnten Umgebung zu bleiben.
- Falls nötig, in ein Hospiz verlegt zu werden.
- Seelsorgerische Betreuung zu erhalten, falls ich dies wünsche.
- Betreuung durch ein Team für Palliativmedizin.

6. Personen, die mich begleiten dürfen:

7. Rechtliche Verbindlichkeit und Änderungen

Ich erwarte, dass mein Wille respektiert und durch die von mir bevollmächtigte Person umgesetzt wird. Ich bin mir bewusst, dass ich diese Verfügung jederzeit ändern oder widerrufen kann.

8. Zusätzliche Dokumente

- Ich habe eine Vorsorgevollmacht erstellt.
- Ich habe eine Betreuungsverfügung erstellt.

Bevollmächtigte/r:

Name:

Adresse:

Telefon:

9. Persönliche Anmerkungen

10. Unterschrift

Ich bestätige, dass ich den Inhalt dieser Patientenverfügung verstanden habe und mit den getroffenen Festlegungen einverstanden bin.

Ort, Datum:

Unterschrift:

11. Zeuge

Hiermit bezeuge ich, dass diese Erklärung vom Verfasser selbst unterschrieben wurde

Name

Ort, Datum

Unterschrift