

Patientenverfügung

Ich, _____, geboren am _____

wohnhaft in _____

erkläre hiermit im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte:

Für den Fall, dass ich mich nicht äußern kann oder ohne Aussicht auf Wiedererlangen des Bewusstseins in einem Koma liege, bitte ich, von Reanimation und lebensverlängernden Maßnahmen, wie beispielsweise von einer Intensivtherapie, abzusehen, weiterhin von Transplantationen und Künstlicher Beatmung und Ernährung, es sei denn, diese Maßnahmen dienen lediglich der Schmerzlinderung.

Auch im Fall eines unheilbaren Leidens will ich nicht mit "künstlichen Mitteln" am Leben erhalten werden. Sofern keine vernünftige Aussicht auf meine Gesundheit von körperlicher oder geistiger Krankheit oder von einer Schädigung besteht, von denen angenommen werden muß, dass sie mir schwere Leiden verursachen oder mir bewusstes Existieren unmöglich machen werden, fordere ich, dass man mich sterben läßt und mich nicht durch künstliche Mittel am Leben erhält.

In jedem Fall bitte ich außerdem um Schmerzmittel, Narkotika und erleichternde operative Eingriffe, auch wenn sie lebensverkürzend wirken oder zu einer Bewusstseinsausschaltung führen.

Ich wünsche seelsorgerischen Beistand.

(Ort und Datum)

(Eigenhändige Unterschrift, Vor und Zuname)

Zur Durchsetzung meines Willens bevollmächtige ich meinen Hausarzt:

(Name, Wohnort, Telefonnummer)

Folgende Personen bestätigen, dass ich in Vollbesitz meiner geistigen Kräfte bin und diese Erklärung nicht unter dem Einfluß Dritter abgegeben habe. Diese Personen sind in Zweifelsfällen auch von den behandelnden Ärzten zu konsultieren.

(Vor und Zuname)

(Adresse)

(Ort, Datum, Eigenhändige Unterschrift)

(Vor und Zuname)

(Adresse)

(Ort, Datum, Eigenhändige Unterschrift)

(Bestätigen Sie Ihre Patientenverfügung etwa alle zwei Jahre.)

Erneuerung: Ich bestätige, dass diese Verfügung nach wie vor meinem Willen entspricht.

(Ort und Datum)

(Eigenhändige Unterschrift, Vor und Zuname)

(Ort und Datum)

(Eigenhändige Unterschrift, Vor und Zuname)

(Ort und Datum)

(Eigenhändige Unterschrift, Vor und Zuname)

(Ort und Datum)

(Eigenhändige Unterschrift, Vor und Zuname)