



PATIENTENVERFÜGUNG

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

(in Willenserklärung I oder II)

Sollte ich (Vollmachtgeber/Verfügender)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Nachname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
geboren am	Geburtsort
<input type="text"/>	
Straße/Nr.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort

aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinstörung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände dauerhaft nicht mehr in der Lage sein, meinen Willen zu äußern, bevollmächtige ich hiermit

Bevollmächtigter

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Nachname, ggf. Geburtsname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
geboren am	Geburtsort
<input type="text"/>	
Straße/Nr.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Mobiltelefon

Ersatzbevollmächtigte Person

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Nachname, ggf. Geburtsname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
geboren am	Geburtsort
<input type="text"/>	
Straße/Nr.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Mobiltelefon

mich in allen medizinischen Angelegenheiten entsprechend dieser Patientenverfügung zu vertreten.



Mein Bevollmächtigter 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 von der Schweigepflicht.

Die Entscheidungen meines Bevollmächtigten sind für die behandelnden Ärzte verbindlich.

Diese Patientenverfügung ist jederzeit ohne besondere Form widerruflich.

Sofern ich außerstande bin, 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

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 Gehirnfähigkeit 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.

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.

Besondere Wünsche und Anliegen: _____

Um mir persönlichen und/oder seelsorgerischen Beistand zu leisten verständigen Sie bitte:

Name, Vorname

Adresse

Telefon/Mobiltelefon

Fax



Die in dieser Verfügung getroffenen Entscheidungen erfolgten nach eingehender und reiflicher Überlegung und stellen meine ethische Grundeinstellung zu Fragen eines Behandlungsabbruchs 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, die Zustimmung des Gerichtes auch mit Hilfe eines Rechtsanwaltes zu erlangen.

Ort/Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers/Verfügenden

Bezeugung

Vorname

Nachname

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Mobiltelefon

Ich bezeuge, dass Frau/Herr _____ bei der Abfassung dieser Verfügung einsichtsfähig war.

Ort/Datum

Unterschrift des Zeugen

Freiwilliges Stempelfeld: Arzt, Rechtsanwalt, Notar

Der Vollmachtgeber/Verfügende hat bis zum unterschriebenen Datum folgende Verfügungen verfasst: (entsprechende Verfügungen bitte ankreuzen)

- Betreuungsverfügung
 Vorsorgevollmacht
 Sorgerechtsverfügung
 Organverfügung
 Trauerverfügung
 Widerspruchserklärung zur Verhinderung einer ungewollten Organentnahme im Ausland

Damit Ihre Vorsorgeverfügungen gefunden werden!

Die DVZ - Deutsche Verfügungszentrale AG ist Kooperationspartner der Stiftung VorsorgeDatenbank. Zusammen mit unserem Kooperationspartner sorgen wir dafür, dass Ihre Patientenverfügung, Organverfügung, Trauerverfügung von dem berechtigten Krankenhaus/med. Einrichtungen/berechtigten Institutionen, die Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Vermögenssorgeverfügung und Sorgerechtsverfügung von dem zuständigen Gericht datengesichert abgefragt werden kann.