

# Patientenverfügung

Ich, ....., geb. am .....

wohnhaft .....

verfüge schon jetzt für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, gegenüber meinen Ärzten, dem Alten- oder Pflegeheim, in dem ich im entscheidenden Zeitpunkt ggf. wohne, sowie gegenüber jedem, der sonst Entscheidungen über meine Person zu treffen hat, folgendes:

Ich wünsche einen menschenwürdigen Tod und bitte meine Ärzte, mir dabei beizustehen.

Wenn zwei Fachärzte unabhängig voneinander bestätigt haben und keine abweichenden ärztlichen Prognosen eines behandelnden Arztes vorliegen,

- dass ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde,
- dass ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, oder
- dass in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsicht zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, wünsche ich keine weiteren intensiv-medizinischen Maßnahmen, die mein Leben verlängern oder aufrechterhalten.

**Hinweis: Bei diesen Fallsituationen handelt es sich um eine beispielhafte Aufzählung. Weitere Fälle sind denkbar. Sie sollten ggf. weitere für Sie denkbare Situationen aufnehmen, die hier in Ihre Verfügung gelten sollen:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Ich wünsche in den auf Seite 1 beschriebenen Lebenssituationen

- keine Gabe lebenserhaltender Medikamente,
- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. weiter aufrechterhalten wird; es sollen jedoch Medikamente zur Linderung der Luftnot gegeben werden und zwar auch dann, wenn diese Medikamente meine Lebenszeit verkürzen, und
- dass keine künstliche Ernährung durchgeführt bzw. aufrechterhalten wird.

Ich wünsche in jedem Fall eine fachgerechte Pflege der Mund- und Schleimhäute sowie eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege. Insbesondere verlange ich, dass mir bei Schmerzen, Erstickungsängsten und Atemnot, Übelkeit, Angst sowie anderen qualvollen Zuständen und belastenden Symptomen Medikamente verabreicht werden, die mich davon befreien, selbst wenn dadurch mein Tod voraussichtlich früher eintreten wird.

Ich gebe diese Erklärung nach sorgfältiger Überlegung und in voller Verantwortung für mich selbst ab. Für den Fall, dass ich aufgrund von Bewusstlosigkeit oder anderen körperlichen Beeinträchtigungen nicht mehr in der Lage bin, über meine persönlichen Belange zu entscheiden, soll diese Erklärung als Bekundung meines ausdrücklichen Willens gelten.

Sollte ein Arzt oder eine Ärztin oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird.

**Hinweis: Es handelt sich um eine beispielhafte Aufzählung. Sie können im Rahmen Ihrer Patientenverfügung erklären, dass Sie auch weitere Behandlungsmöglichkeiten z.B. bezogen auf eine bestimmte Erkrankung nicht wünschen.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Diese Verfügung bitte ich, meinen behandelnden Ärzten zugänglich zu machen. Zu Maßnahmen, die dieser Verfügung widersprechen, verweigere ich ausdrücklich die Zustimmung.

(Ggf.: Folgende Person hat von mir eine gesonderte Vorsorgevollmacht erhalten, die auch die Umsetzung dieser Patientenverfügung umfasst:

Name.....

Anschrift.....

Name.....

Anschrift.....



Wenn für mich ein Betreuer bestellt werden muß, soll diese Verfügung auch für ihn gelten, d.h. dass er die hier festgelegten Verfügungen zu beachten hat. Ich erwarte, dass mein Betreuer/meine Betreuerin meine Behandlung so organisiert, dass meinem in dieser Verfügung niedergelegten Willen entsprochen wird.

Mein behandelnder Arzt ist berechtigt, folgenden Personen Auskunft über meinen gesundheitlichen Zustand zu geben und ist insoweit von der Schweigepflicht entbunden:

Name .....

Anschrift .....

Name .....

Anschrift .....

**Bestattungsvorsorge**

**JA**  **NEIN** Im Falle meines Todes, habe ich eine Bestattungsvorsorgeregelung getroffen. In dieser sind meine Wünsche für den Ablauf, Art, Umfang und Kosten meiner dereinstigen Beerdigung geregelt. Diese ist bei der Firma Martin Schulte, das bestattungshaus in Drensteinfurt – Rinkerode- Albersloh, co. 48317 Drensteinfurt, Mühlenstraße 3, Tel. 0 25 08 – 99 99 436 hinterlegt.

**Weitere Regelungen / Wünsche:**

.....  
.....  
.....

Diese Erklärung wurde von mir unterschrieben. Zwei Personen meines Vertrauens bezeugen durch ihre Unterschrift meine Willenserklärung.

.....  
Datum

Unterschrift

Name und Anschrift der Zeugen:

.....  
Datum

Unterschrift

**Zur späteren Bestätigung der Verfügung:**

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille seit der 1 Unterschrift nicht verändert hat:

.....  
(Nach ca. 3 Jahren) Datum

Unterschrift

.....  
(Nach ca. 10 Jahren) Datum

Unterschrift

.....  
(Nach ca. 15 Jahren) Datum

Unterschrift

