

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich

Vorname Name Geburtsdatum

Anschrift Telefon

nicht mehr in der Lage bin meine Angelegenheiten zu regeln, verfüge ich:

Wenn medizinisch festgestellt ist, dass ich mich in einem Krankheitsstadium befinde, bei dem jede lebenserhaltende Maßnahme das Sterben ohne Aussicht auf erfolgreiche Behandlung verlängern würde oder, dass es zu einem nicht behebbaren Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt, der zum Tode führt

- sollen an mir keine lebensverlängernden Maßnahmen vorgenommen werden.
- sollen ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege 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 Nähe und Kontakt mit meinen Angehörigen und mir nahe stehenden Personen
- ich möchte in meiner vertrauten Umgebung sterben
- ich bitte um seelsorgerlichen Beistand
- ich wünsche den Beistand einer professionellen Sterbebegleitung (z.B. Hospizverein)

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird.

Datum Unterschrift

Zeuge: (nicht zwingend erforderlich aber zu empfehlen)

Ich bestätige, dass Herr/Frau

diese Patientenverfügung heute nach meiner Einschätzung im Vollbesitz der geistigen Kräfte eigenhändig unterschrieben hat.

Name und Anschrift des Zeugen

Datum Unterschrift