

P A T I E N T E N V E R F Ü G U N G

Name:

Straße:

Vorname:

PLZ, Ort

Geb. am:

Geburtsort:

Für den Fall, dass ich in einen Zustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiederbringlich aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinstrübung, durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände verloren habe, **verfüge ich:**

Im Falle irreversibler Bewusstlosigkeit, schwerer Dauerschädigung des Gehirns oder des dauernden Ausfalls lebenswichtiger Funktionen meines Körpers bin ich mit einer Reanimation bzw. dem Einsatz hochtechnischer Behandlungsmethoden **nicht** einverstanden.

Für den Fall, dass durch ärztliche Maßnahmen lediglich eine Verlängerung des Sterbevorgangs und/oder eine Verlängerung meines Leidens erreicht werden kann, verweigere ich diese hiermit ausdrücklich.

Ich wünsche ein menschenwürdiges Sterben und bitte die beteiligten Ärzte, mir dabei zu helfen.

Sollten Diagnose und Prognose von mindestens zwei Fachärzten, ungeachtet der Möglichkeit einer Fehldiagnose ergeben, dass meine Krankheit in absehbarer Zeit zum Tode führen und mir nach aller Voraussicht Schmerzen bereiten wird, so **wünsche** ich dass die ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege auf die Linderung von Schmerzen, Unruhe und Angst gerichtet wird, selbst wenn durch die notwendige Schmerzbehandlung eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist. Ich **wünsche** keine weiteren diagnostischen Eingriffe und **keine** Verlängerung meines Lebens.

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung, in Kenntnis über die medizinische Situation, die rechtliche Bedeutung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird. Ich gebe diese Erklärung frei und ohne Zwang, im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte ab.

Für jeweilige Probleme, die Entscheidungen über das weitere Vorgehen erfordern, **verlange ich**, dass die verantwortlichen Ärzte mit den nachstehenden Personen und/oder folgendem Arzt meines Vertrauens Kontakt aufnehmen:

Name:

Anschrift:

Datum, Unterschrift:

--	--	--

