

.....  
Vorname, Nachname

.....  
Straße/Hausnummer

.....  
PLZ/Ort

## Patientenverfügung

Ich .....  
Vornamen (Rufnamen unterstreichen), Nachname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Geburtsort

.....  
Straße/Hausnummer

.....  
PLZ/Ort

**treffe schon jetzt für die letzte Phase meines Lebens folgende Verfügung:**

**Ich verfüge gegenüber meinen Ärzten, dem Alten- und Pflegeheim, in dem ich zum entscheidenden Zeitpunkt ggf. wohne (*nicht zutreffendes bitte streichen*), sowie gegenüber jedem, der sonst nach der Vorsorge- und Betreuungsverfügung Entscheidungen über meine Person zu treffen hat, folgendes:**

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

**Meine letzten Wünsche: Wie und wo möchte ich sterben**

- Durch plötzlichen Tod, den ich als Chance ansehe
- Möglichst zu Hause in vertrauter Umgebung
- Möglichst im Beisein mir nahe stehender Menschen
- In Ruhe und Würde
- Das Ende soll v.a. kurz und schmerzlos sein!

**Zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Patientenverfügung leide ich an nachfolgenden chronischen Erkrankungen:**

Datum .....

.....

seit .....

.....

seit .....

.....

seit .....

.....

seit .....

.....

seit .....

**Für den Fall, dass bei mir eine schwere irreversible Schädigung lebenswichtiger Organe, insbesondere des Gehirns, eintritt, die mir nach übereinstimmender Überzeugung der behandelnden Ärzte und der Einbeziehung des Hausarztes ein Leben bei Bewusstsein unmöglich machen wird, wünsche ich keine weiteren intensiv-medizinischen Maßnahmen, die mein Leben verlängern. Dies schließt ausdrücklich die künstliche Beatmung, künstliche Ernährung insbesondere über Sonde (z.B. PEG) sowie die Gabe lebenserhaltender Medikamente ein.**

Ein solcher Zustand, der eine Heilung oder zumindest Verbesserung meines Gesundheitszustandes ausschließt, ist anzunehmen, wenn mindestens zwei Fachärzte und der Hausarzt unabhängig voneinander zu diesem Urteil gelangen und keine abweichende ärztliche Prognose eines behandelnden Arztes vorliegt.

Wenn ich an einer schweren Erkrankung leide, die nach ärztlichem Ermessen unabwendbar zum Tode führen und mir starke Schmerzen bereiten wird, verlange ich, mir Medikamente zu verabreichen, die mich von Schmerzen und großen Belastungen befreien, auch wenn dadurch mein Tod voraussichtlich früher eintreten wird.

Darüber hinaus stimme ich einer (aktiven) indirekten Sterbehilfe **ausdrücklich** zu, d.h. ich wünsche großzügige Dosierung von Mitteln, um friedlich und schnell **hinüberdämmern** zu können. Dies soll im Bedarfsfall erfolgen, vor allem bei nicht beherrschbaren unerträglichen Schmerzen, drohenden Erstickungszuständen, sonstigen quälenden Empfindungen.

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

Meine Vorsorgevollmacht und meine Betreuungsverfügung behalten ihre uneingeschränkte Gültigkeit.

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

Anweisungen für den Umgang nach meinem Tod :

a.) Über eine Organspende nach festgestelltem Hirntod entscheiden in Ausnahmefällen mein Vorsorgebevollmächtigter und mein Betreuer gemeinsam.

b.) Einer Gewebeentnahme an meinem Leichnam

stimme ich zu

lehne ich grundsätzlich ab

*(Nur eine gerichtliche Entscheidung zur Aufklärung eines Verbrechens, kann die Ablehnung aufheben)*

c.) Ein Bestattungs-Vorsorgevertrag

liegt vor bzw. ist vorhanden

ist nicht vorhanden

*(Wird vom Vorsorgebevollmächtigtem und dem Betreuer geregelt)*

Diese Patientenverfügung kann ich jederzeit schriftlich verändern bzw. neu erstellen. Sie ist dann mit Datum, Ort und Unterschrift erneut für gültig zu erklären.

Mein behandelnder Arzt ist berechtigt, folgender Person Auskunft über meinen Gesundheitszustand zu geben und ist insoweit von der Schweigepflicht entbunden:

.....  
Vorname, Nachname

.....  
Straße/Hausnummer

.....  
PLZ/Ort

**Folgende Person hat von mir eine gesonderte Vorsorgevollmacht erhalten, die auch die Umsetzung dieser Patientenverfügung erfasst :**

.....  
Vorname, Nachname

.....  
Straße/Hausnummer

.....  
PLZ/Ort

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

.....  
Unterschrift des Willenserkläfers

.....  
Datum

**Zeugenunterschrift:**

.....  
Vorname, Nachname

.....  
Datum

.....  
Vorname, Nachname

.....  
Datum

**Kenntnisnahme durch Hausarzt :**

.....  
Unterschrift und Stempel des Hausarztes

.....  
Datum

**Notarielle Anerkennung und Beglaubigung**

.....  
Register-Nr.

.....  
Unterschrift und Stempel

.....  
Datum

**Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille nicht verändert hat.**

Datum/Unterschrift .....

Datum/Unterschrift .....

Datum/Unterschrift .....