

Patientenverfügung Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt

Name:

Geburtsdatum:

Wohnort, Straße:

Falls ich in einen Zustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit **unwiderruflich** verloren habe, will ich, dass man auf Maßnahmen verzichtet, die nur noch eine Sterbens- und Leidensverlängerung bedeuten würde.

Mein Leben soll sich in Stille und Würde vollenden.

Vor erforderlichen Entscheidungen über das weitere Vorgehen verlange ich, dass die verantwortlichen Ärzte mit meinen Bevollmächtigten bzw meinem Hausarzt Rücksprache nehmen. Sie sind ihnen gegenüber von der Schweigepflicht entbunden.

(1. Bevollmächtigter, Tel, (Unterschrift))

(2-Bevollmächtigter, Tel., Unterschrift)

(Arzt, Tel, Unterschrift)

Mit ihrer obigen Unterschrift bestätigen sie, dass sie von meiner Patienten-Verfügung Kenntnis genommen haben. Zum Gültigkeitsdatum siehe Originalverfügung bei meinen persönlichen Unterlagen.

Für den Fall, dass keine Heilung zu erwarten ist und die Krankheit zum Tode führen wird oder für den Fall eines dauerhaften Komas – auch Wachkomas – verfüge ich folgendes unbedingt zu beachten.

Ich will: - **keine** Wiederbelebung

- **keine** künstliche Beatmung
- **keine** Flüssigkeitszufuhr von mehr als einem halben Liter am Tag, nur Mundpflege
- **keine** künstliche Ernährung (Magensonde o.ä.)
- **keinen** Anschluss an eine künstliche Niere
- **keine** Bluttransfusion
