

Patientinnen/Patienten-Verfügung

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Ich verfüge gegenüber meinen Ärztinnen/Ärzten:

Ich wünsche einen menschenwürdigen Tod und bitte meine Ärztinnen/Ärzte mir dabei zu helfen. Ich erkläre deshalb, dass ich mit einer Intensivtherapie oder Reanimation nicht einverstanden bin, falls ich in einem Zustand dauernder Bewusstlosigkeit durch schwere Dauerschädigung meiner Gehirnfunktion (Decerebration) gerate oder wenn sonst lebenswichtige Funktionen meines Körpers auf Dauer ausfallen. Ich verfüge: Die Therapie ist einzustellen, wenn mindestens zwei Ärztinnen/Ärzte festgestellt haben, dass ich kein menschenwürdiges Leben mehr führen kann und meine Schädigung nicht mehr zu beheben ist.

Ich wünsche ein menschenwürdiges Sterben und bitte meine Ärztinnen/Ärzte mir dabei zu helfen. Ich erkläre deshalb, dass im Falle einer zum Tode führenden Krankheit von allen lebensverlängernden Maßnahmen abzusehen ist, insbesondere lehne ich ein Leben in Abhängigkeit von Maschinen, Schläuchen oder ähnliches ab. Mindestens zwei Ärztinnen/Ärzte müssen den tödlichen Verlauf (infauste Prognose) meiner Krankheit festgestellt und prognostiziert haben.

Ich wünsche ein menschenwürdiges Dasein solange ich lebe und bitte meine Ärztinnen/Ärzte mir dabei zu helfen. Ich erkläre deshalb meine Einwilligung in eine ärztliche Therapie der Linderung von Leiden und Schmerzen, auch wenn hierzu benutzte Medikamente zur Bewusstseinsausschaltung führen oder wegen ihrer – von Ärztin/von dem Arzt nicht beabsichtigten - Nebenwirkungen zu einem früheren Tod führen sollten.

Diese von mir eigenhändig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte abgegebenen Verfügung bitte ich zu meinen Krakenunterlagen zu nehmen. Sie stellt für die hier bezeichneten Krankheitsfälle meine Einwilligung nur zu den angeführten ärztlichen Maßnahmen dar. Zu Maßnahmen, die dieser Verfügung widersprechen, verweigere ich ausdrücklich meine Zustimmung.

Folgende Personen bevollmächtigt ich, für mich die Einwilligung zu medizinischen Eingriffen zu geben. Sie sind im Falle von Lebensgefahr zu benachrichtigen. Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt darf an sie Auskunft geben:

Name: Name:

Vorname: Vorname:

Geb.-Dat.: Geb.-Dat.:

Straße: Straße:

PLZ/Wohnort: PLZ/Wohnort:

Tel.-Nr. Tel.-Nr.

Die namentlich aufgeführten Personen, die für mich die Einwilligung zu medizinischen Eingriffen zu geben bevollmächtigt sind, werden auf die Einhaltung dieser Verfügung achten.

Ort, Datum:

Unterschrift :

Ich bestätige, dass Frau/Herr

Diese Verfügung eigenhändig unterschrieben hat.

Name:

Vorname:

Datum:

Unterschrift: