

Name
geb.
Straße
PLZ

Vorname

Datum

Ort

Meine Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich durch Krankheit, Unfall oder Behinderung nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äußern oder einen Willen zu bilden, sollen folgende Gedanken ausschlaggebend für die Entscheidung zu medizinischen Untersuchungen und Behandlungen sein:

- **Ich wünsche keine lebensrettenden Operationen, wenn diese mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ständige Bettlägerigkeit oder geistiges Siechtum zur Folge haben.**
- **Ich wünsche keine Maßnahmen, insbesondere intensivmedizinische Behandlung (z.B. künstliche Ernährung oder Beatmung, Reanimation), die mein Leben unnötig verlängern würden.**
- **Ich wünsche eine ausreichende Behandlung mit Schmerzmitteln, auch wenn diese zu einer Minderung oder Ausschaltung meines Bewusstseins oder**
- **wegen einer (vom Arzt nicht beabsichtigten) Nebenwirkung – zu einem vorzeitig eintretenden Tod führen sollte.**
- **Nach Möglichkeit möchte ich in meiner vertrauten Umgebung sterben.**

Als Person meines Vertrauens bestimme ich Herrn/Frau
geb. _____, wohnhaft in _____, Tel. _____
mit dem/der ich meine Gedanken ausführlich besprochen habe. Er/Sie ist be-
rechtigt, mit den untersuchenden und behandelnden Ärzten zu sprechen, in die
beabsichtigten Maßnahmen einzuwilligen oder die Einwilligung zu verweigern.
Ihm/Ihr gegenüber entbinde ich die behandelnden Ärzte von der
Schweigepflicht.

Eine Kopie dieser Patientenverfügung befindet sich bei meinem behandelnden
Hausarzt, Dr. _____

Als behandelnder Hausarzt bestätige ich, dass Frau/Herr _____ in
oben genannter Angelegenheit von mir medizinisch beraten wurde und dass
er/sie zum Zeitpunkt der Abfassung dieser Patientenverfügung testierfähig war.