

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich
 (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse)
 meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann, erteile ich hiermit **Vollmacht zur Durchsetzung meiner Wünsche aus dieser Patientenverfügung** an :

1 (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefon)
2 (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefon)
3 (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefon)

- in der Reihenfolge der Nennung jede/r für sich allein
- gemeinsam

→ Situationen, in denen meine Patientenverfügung gelten soll

Mit großer Wahrscheinlichkeit nicht mehr abwendbarer unmittelbarer Sterbeprozess	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Endstadium einer unheilbaren und voraussichtlich tödlich verlaufenden Erkrankung oder Verletzung, auch wenn der Todeseintritt noch nicht absehbar ist	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Voraussichtlich unwiederbringliche Gehirnschädigung, auch wenn der Todeseintritt noch nicht absehbar ist	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Bei Vorliegen eines Wachkomas <u>müssen</u> die Geräte nach Monaten abgeschaltet werden	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Zustände sollen entsprechend beurteilt werden	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

→ **Betreuungs-, Pflege- und Behandlungsmaßnahmen**

Pflegerische Maßnahmen sowie Medikamente gegen Unruhe, Angst, Schmerzen, Luftnot, Erbrechen u. ä.	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Die Möglichkeit der Verkürzung meines Lebens durch diese Mittel nehme ich in Kauf	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Seelsorge	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Begleitung durch Hospizhelfer/in	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Lebenserhaltende intensivmedizinische Maßnahmen, die den Eintritt meines Todes nur verzögern und somit mein Leiden unnötig verlängern würden	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wiederbelebung bei Herz- und Atemstillstand	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Künstliche Ernährung bei vorübergehender starker Durchfallerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Künstliche Ernährung bei einer unheilbaren Krebserkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Künstliche Ernährung bei weit fortgeschrittener Demenz	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Verminderte Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Antibiotika bei unheilbarer Krankheit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Blut oder Blutbestandteile bei unheilbarer Krankheit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Diese Maßnahmen beinhalten jedoch kein aktives Herbeiführen meines Todes !

→ **Organspende**

Ich habe einen Organspenderausweis	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

→ **Weitere Vertretungsbereiche**

Entscheidungen in allen Bereichen der Gesundheitspflege, ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflege	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Einsehen von Krankenunterlagen und Bewilligung bzw. Ablehnung der Herausgabe an Dritte	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Erlaubnis zu Untersuchungen und Behandlungen, die mit Lebensgefahr für mich verbunden sein können oder zu schweren, gesundheitlichen Schädigungen führen könnten Zusätzlich Genehmigung des Betreuungsgerichts erforderlich !	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen (Bettgitter, Beckengurt, Medikamente), wenn diese für mein Wohl erforderlich sind Zusätzlich Genehmigung des Betreuungsgerichts erforderlich !	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Entscheidung über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung Zusätzlich Genehmigung des Betreuungsgerichts erforderlich !	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

(Ort, Datum, Unterschrift **Aussteller/in** der **Patientenverfügung**)

(Ort, Datum, Unterschrift **Vollmachtnehmer/in 1**)

(Ort, Datum, Unterschrift **Vollmachtnehmer/in 2**)

(Ort, Datum, Unterschrift **Vollmachtnehmer/in 3**)

➔ **Ärztin / Arzt** (Zeugin/Zeuge)

(Ort, Datum, Stempel, Unterschrift)

➔ **Diese Patientenverfügung wird von mir aufrechterhalten:**

Ort	Datum	Unterschrift Vollmachtgeber/in
	2014	
	2015	
	2016	
	2017	
	2018	
	2019	
	2020	
	2021	
	2022	
	2023	
	2024	
	2025	
	2026	
	2027	
	2028	
	2029	
	2030	
	2031	
	2032	

Auch ohne meine aktuelle Unterschrift soll diese Patientenverfügung Gültigkeit behalten !

Beispiel: lothar.blatt@ubv-aschaffenburg.de