

Patientenverfügung

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Für den Fall, dass ich mich in der Sterbephase befinde, verlange ich, von lebensverlängernden Maßnahmen gleich welcher Art abzusehen und mich schmerzfrei sterben zu lassen. Schmerzmittel sollen mir auch dann gegeben werden, wenn durch sie mein Tod voraussichtlich früher eintreten kann.
- Sollte bei schwersten körperlichen Leiden die ärztliche Prognose ergeben, dass keine Heilung oder Besserung zu erwarten ist (infauste Prognose), verlange ich ebenfalls, von lebensverlängernden Maßnahmen abzusehen und mich schmerzfrei sterben zu lassen, auch wenn die unmittelbare Sterbephase noch nicht eingesetzt hat. Insbesondere bitte ich in diesem Zusammenhang, auf Wiederbelebung bei Atemstillstand, künstliche Beatmung, organersetzende Therapiemaßnahmen, Bluttransfusionen, lebensverlängernde Medikamente und ähnliches zu verzichten.
- Sollte ich auf Grund eines schweren Hirnschadens nach ärztlichem Urteil in einem dauerhaften Koma verbleiben (z.B. apallisches Syndrom), ist es demnach mein dringender Wunsch zu sterben. Ich bitte, in diesem Fall von lebenserhaltenden/lebensverlängernden Maßnahmen, insbesondere einer künstlichen Ernährung, abzusehen bzw. diese einzustellen.
- Ich bitte eindringlich darum, dass die ärztliche Entscheidung, ob die medizinischen Voraussetzungen für die gewünschte Sterbehilfe vorliegen, nicht von einem Arzt allein getroffen wird, sondern dass diese Entscheidung in einem Konsil vor Ort (Station oder Krankenzimmer) der mich behandelnden Ärzte/Ärztinnen und der mich betreuenden Krankenschwestern getroffen wird. Mein Betreuer oder mein Bevollmächtigter und meine nächsten Angehörigen sind in die Entscheidung einzubeziehen.
- Zur Organspende erkläre ich mich bereit.
- Zur Organspende bin ich nicht bereit.

.....
Datum, Unterschrift der/des Verfasserin/Verfassers

Ich/wir bestätige(n), dass Frau/Herr diese Verfügung im Vollbesitz der geistigen Kräfte unterschrieben hat

.....
Datum, Unterschrift, Anschrift der Zeugen