

Krankheitsfall

Patientenverfügung

(Wunsch nach Behandlungsabbruch bei ungünstiger Prognose)

Sollte ich

Vorname/Nachname .....

geb am:..... in: .....

wohnhaft in: .....

aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinstörung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände vorübergehend nicht mehr in der Lage oder dauerhaft nicht mehr in der Lage sein, meinen Willen zu äussern,

bevollmächtige ich hiermit:

Vor u. Zuname: .....

geb. am:..... in: ..... Person 1

wohnhaft in: .....

Vor u. Zuname: .....

geb am:..... in: ..... Person 2

wohnhaft in: .....

mich in allen medizinischen Angelegenheiten zu vertreten!

Meine Bevollmächtigten dürfen in sämtliche Maßnahmen zur Diagnose und Behandlung einer Krankheit einwilligen, die Einwilligung hierzu verweigern oder zurücknehmen, alle Krankenunterlagen jederzeit und überall ohne Verzögerung einsehen als auch in deren Herausgabe an Dritte einwilligen.

Zu diesem Zweck entbinde ich die mich behandelnden Ärzte und deren nichtärztliche Mitarbeiter gegenüber meinen Bevollmächtigten von der Schweigepflicht.

Die Entscheidungen meiner Bevollmächtigten sind für die behandelnden Ärzte verbindlich!

Diese Vollmacht ist jederzeit ohne besondere Form wideruflich!

Sofern ich ausserstande bin, meinen Willen zu äussern und die Bevollmächtigten verhindert sind, verfüge ich weitergehend, so ich mich über die medizinische Situation, als auch die rechtliche Beurteilung eines Aufklärungsverzichts eingehend informiert habe:

Die Anwendung lebensverlängernder Maßnahmen, insbesondere Operationen, künstlicher Ernährung und Beatmung, einschließlich Magensonde und Aufrechterhaltung der Hirntätigkeit, soll unterbleiben, wenn zwei Ärzte unabhängig voneinander festgestellt haben:

- dass ich mich unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, bei dem jede lebenserhaltende Therapie das Sterben oder das Leiden ohne eine Aussicht auf Besserung verlängern würde, oder...
- dass ich ohne Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins in einem Koma liege, oder...
- dass mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Dauerschädigung des Gehirns eintritt, oder...
- dass es zu einem nicht behandelbaren, dauernden Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt

Behandlung und Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Schmerzen, Unruhe und Angst gerichtet sein, auch wenn durch die notwendige Schmerzbehandlung eine Lebensverkürzung nicht auszuschliessen ist. Ich möchte in Würde und Frieden sterben können, nach Möglichkeit in meiner vertrauten Umgebung und nicht im Krankenhaus oder im Heim.

Ich wünsche mir seelsorgerische Begleitung durch:

Name: ..... Tel.: .....

Adresse: .....

Bitte verständigen Sie, um mir persönlichen Beistand zu leisten, ausser den umseitig benannten Bevollmächtigten ebenfalls:

Name: ..... Tel.: .....

Adresse: .....

Die in dieser Verfügung getroffenen Entscheidungen erfolgten nach reiflicher, eingehender Überlegung und stellen meine ethische Grundeinstellung zu Fragen eines Behandlungsabbruchs dar. Ich bitte alle Beteiligten und die behandelnden Ärzte diese Patientenverfügung als verbindlich anzunehmen und entsprechend meinem Willen zu verfahren, denn es geht um mein Leben und mein Sterben. Eine andere Entscheidung kommt für mich nicht in Frage.

Sollte aufgrund wechselnder Gesetze diese Entscheidung von einem Gericht getroffen werden müssen, so beauftrage ich den Bevollmächtigten,

.....  
die Zustimmung des Gerichts auch mit Hilfe eines Rechtsanwaltes zu erlangen.

Wir/Ich bestätige(n) das Herr/Frau .....

diese Verfügung im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfasst hat und geschäftsfähig war.

Name: .....

Geburtsdatum:.....

Anschrift:.....

Ort und Datum:.....

Unterschrift des Zeugen 1.....

Unterschrift des Zeugen 2.....

Ort und Datum: .....

Unterschrift Vollmachtgeber/in - Unterschrift Bevollmächtigte/r 1 - Unterschrift Bevollmächtigte/r 2

Ort und Datum: .....

Unterschrift des/der Vollmachtgebers/Vollmachtgeberin (für spätere Bestätigung, wenn möglich)