



Ich Frau M. Muster, geboren am 00.00.0000,
wohnhaft: Am Kurpark 1
09429 Wolkenstein OT. Warmbad,

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

Wenn,

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde,
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,
- ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten,
- ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.
- eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung und wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, wünsche ich auch den Einsatz von bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerzbehandlung.

Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch Schmerz- und Symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt.
- Wiederbelebung, die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbeldung und dass ein ggf. hinzugezogener Notarzt unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebensmaßnahmen informiert wird.

Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in folgenden Fällen lehne ich die Wiederbelebensmaßnahmen ab,

- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.



Organspende

- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Beistand

Ich möchte, im Haus Quellenhof Sterben können.

Ich möchte Beistand durch folgende Personen:

-

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird.

Meine Vertreter sollen dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und / oder pflegerische Behandlung gesorgt wird.

Von meiner Vertreterin / meinem Vertreter erwarte ich, dass die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird. In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein.

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Bevollmächtigte(r)

Name:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anschrift:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Telefon:	-	-	-	-		Telefax:	-	-	-	-	-

Bevollmächtigte(r)

Name:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anschrift:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Telefon:	-	-	-	-		Telefax:	-	-	-	-	-

Bevollmächtigte(r)

Name:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anschrift:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Telefon:	-	-	-	-		Telefax:	-	-	-	-	-



Schlussformel

- Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine ärztliche Aufklärung.

Ärztliche Aufklärung / Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit und Geschäftsfähigkeit

Frau M. Muster wurde von mir am _ _ _ _ _ bzgl. der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig und zur Situation Ihres Handelns voll bewusst.

Datum _ _ _ _ _

Unterschrift, Stempel der Ärztin / des Arztes _ _ _ _ _

Schlussbemerkungen

- Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.
- Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.
- Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne Äußeren in Zusammenarbeit mit erstellt.
- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.
- Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

Datum: _ _ _ _ _ Unterschrift: _ _ _ _ _

Hinweis:

Die Befolgung der in den aufgeführten beschriebenen Behandlungswünsche ist nach geltenden Recht keine Tötung auf Verlangen (sog. „aktive Sterbehilfe“) und keine Beihilfe zu einer Selbsttötung.