

Die Patientenverfügung ist hinterlegt bei der von mir bevollmächtigten Person sowie

bei meinem Hausarzt:

.....

bei:

.....

Bei der Abfassung dieser Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen

von:

.....

Diese 4-seitige Erklärung wurde durch erneute Unterschrift aktuell bestätigt:

Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden:

.....

Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden:

.....

Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden:

.....

Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden:

.....

Herausgegeben vom
Kreisseniorenrat Schwäbisch Hall
und dem Betreuungsverein im
Landkreis Schwäbisch Hall e.V.
im März 2019

www.designerei-artmann.de

Persönliche Daten

Wenn ich, Vorname, Name:

.....

Geburtsname:

.....

Geburtsdatum:

Geburtsort:

.....

Anschrift:

.....

Telefon:

Mobil:

.....

E-Mail:

.....

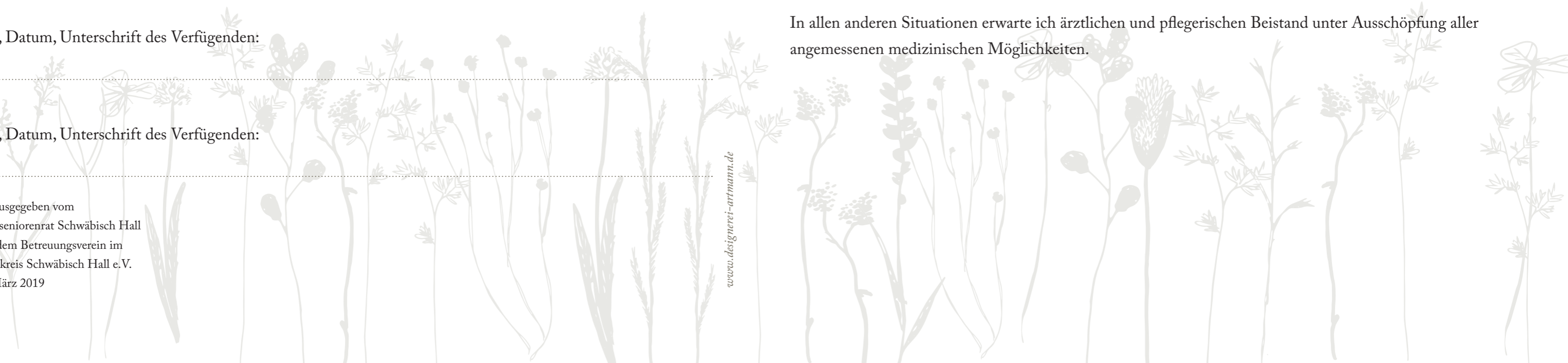
meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich mitteilen kann, verfüge ich für meine medizinische Behandlung das Folgende.

1. Diese Verfügung gilt,

wenn ich mich nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde

wenn in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Sterbeprozess noch nicht unmittelbar eingesetzt hat. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess (z.B. bei Demenz) ebenso, wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen.

In allen anderen Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten.



2. In allen unter Ziffer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen

- verlange ich lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, insbesondere Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Beschwerden.
- nehme ich eine mögliche Verkürzung meiner Lebenszeit durch Medikamente gegen Schmerzen und sonstige Beschwerden bewusst in Kauf.
- wünsche ich Begleitung durch Hospizdienst / Seelsorger:

3. Grundsätzlich wünsche ich eine Begrenzung von lebensverlängernden bzw. lebenserhaltenden Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und/oder mögliches Leiden unnötig verlängern würden. In den unter Ziffer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen widerspreche ich ausdrücklich

- operativen Eingriffen
- Wiederbelebungsmaßnahmen
- jeder Form der künstlichen Ernährung sowie künstlicher Flüssigkeits-zufuhr (wie z.B. über eine Magensonde, durch den Mund, die Nase, die Bauchdecke oder über den Blutkreislauf)
- künstlicher Beatmung
- Behandlungen mit Antibiotika bei fieberhaften Begleitinfektionen.
- Begonnene lebenserhaltende Maßnahmen sollen bei bleibendem komatösem Zustand nach spätestens _____ Wochen / Monaten beendet werden.

4. Ergänzend habe ich noch folgende Wünsche:

5. Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich schriftlich oder nachweislich mündlich widerrufen habe. Mir ist bekannt, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

6. Organspende

- Ich habe einen Organspendeausweis und stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür medizinische Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
- gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

Ort, Datum, Unterschrift zur Patientenverfügung:

7. Vollmacht

Ich erteile zu dieser Verfügung hiermit Vollmacht an folgende Vertrauensperson, an meiner Stelle den vorgenannten Willen mit den behandelnden Ärzten zu besprechen und umzusetzen:

Name, Anschrift, Telefon-Nr.

Mit der von mir bevollmächtigten Person habe ich den Inhalt meiner Patientenverfügung besprochen.

Ort, Datum, Unterschrift:
