



## Muster 1

### – Patientenverfügung –

„Mit dieser Verfügung bringe ich, \_\_\_\_\_ meinen Willen zum Ausdruck, für den Fall, dass ich in einen Lebenszustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiderruflich verloren habe und nicht mehr in der Lage sein sollte, meine Wünsche bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person zu äußern.

Ich habe mich über die Bedeutung der Patientenverfügung informiert und erkläre hiermit:

- Falls ich in einen Zustand dauernder Bewußtlosigkeit durch schwere Dauerschädigung meiner Gehirnfunktion gerate oder wenn sonst lebenswichtige Funktionen meines Körpers auf Dauer ausfallen und ein eigenständiges Leben ohne 'Apparatemedizin' nicht mehr möglich ist, so bin ich mit einer Intensivtherapie oder Reanimation nicht einverstanden.
- Sollte sich nach einer Diagnose und Prognose von mindestens zwei Fachärzten ergeben, dass meine Krankheit zum Tode führen und mir nach aller Voraussicht große Schmerzen bereiten wird, so wünsche ich keine weiteren diagnostischen Eingriffe und verzichte auf Maßnahmen mit Mitteln der Intensivtherapie, die nur noch eine Sterbens- und Leidensverlängerung bedeuten würden.
- Sollten meine normalen geistigen Funktionen so schwerwiegend und irreparabel geschädigt worden sein, dass für mich künftig kein selbstbestimmtes und kommunikationsfähiges Leben möglich ist, so lehne ich es ab, dass meine Lebensfunktionen mit allen zur Verfügung stehenden medizinischen Mitteln aufrecht erhalten werden.

Ich möchte in Würde sterben.

Wenn ich die Ärztinnen/Ärzte bitte, das Recht auf einen mir gemäßen Tod zu achten, so heißt dies nicht, dass ich damit die ärztliche Hilfe und Behandlung in der Form ausreichender Behandlung, Medikation und Betreuung zur Leidensminderung ablehne. Vielmehr setze ich mein Vertrauen in eine von der Ärztin oder dem Arzt anzuordnende Schmerzlinderung, auch wenn diese zur Bewusstseinsausschaltung oder zu nicht beabsichtigten Nebenwirkungen führt.

Ich wünsche mir, dass die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt bei der erforderlichen medizinischen Behandlung die von mir benannte Vertrauensperson zur Beratung hinzuzieht.

Name: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Diese Verfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.“

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ort/ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_