

Patienten und Betreuungsverfügung

Personalien:

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Straße/Haus-Nr.:

Postleitzahl/Wohnort:

Telefon:

Krankenvorgeschichte (nach Möglichkeit vom Hausarzt ausfüllen lassen)

1. Wichtige Vorerkrankungen
2. Gegenanzeigen/Überempfindlichkeiten/Allergien:

Besondere Hinweise

1. Zu benachrichtigen und über meinen Zustand aufzuklären sind:
2. Meine bisher behandelnden Ärzte sind:
3. Auskünfte durch den behandelnden Arzt dürfen außerdem erteilt werden an :
4. Es sind folgende Personen ausdrücklich bevollmächtigt, zu medizinisch angezeigten Eingriffen für mich die Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern. Dies gilt auch für intensivmedizinische oder lebenserhaltende bzw. -verlängernde Maßnahmen.
5. Diese Ermächtigung tritt nur in Kraft im Falle meiner Bewußtseinstrübung oder Bewußtlosigkeit.

Betreuungsverfügung

Ich rege an, daß das Gericht zum Betreuer bestellt für

Sorge für Gesundheit:

Aufenthaltsbestimmungen:

Vermögensvorsorge:

Behördenangelegenheiten:

Wohnungsangelegenheiten:

Postempfang:

Die vorgenannte/n Person/en ist/sind hiermit einverstanden.

Patientenverfügung:

-
1. Ich habe mich über die medizinische Situation und rechtliche Bedeutung einer Patienten- und Betreuungsverfügung informiert und erkläre, daß ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte bin. Die nachstehenden Erklärungen stellen keinen allgemeinen Verzicht auf die mir vertraglich zustehenden ärztlichen Behandlungen dar.
 2. Ich erkläre hiermit,
 - daß ich im Falle nicht mehr rückgängig zu machender Bewußtlosigkeit,
 - daß ich bei wahrscheinlicher Dauerschädigung des Gehirns,
 - daß ich bei dauerndem Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers,
 - daß ich bei aussichtsloser beziehungsweise negativer Prognose hinsichtlich meiner Erkrankungmit einer Intensivtherapie oder Wiederbelebung nicht einverstanden bin.
 3. Sollte durch eine ärztliche Maßnahme nur eine Verlängerung des Sterbens oder eine Verlängerung des Leidens erreicht werden, verweigere ich ausdrücklich meine Zustimmung zur ärztlichen Eingriffen, zumal, wenn sie mit erheblichen Schmerzen verbunden sind.
 4. Ich wünsche keine weiteren diagnostischen Eingriffe und keine Verlängerung meines Lebens mit den Mitteln der Intensivtherapie, wenn von mindestens zwei Fachärzten (ungeachtet der Möglichkeit einer Fehldiagnose) bestätigt wird, daß eine Krankheit zum Tode führen wird und mir nach aller Voraussicht große Schmerzen bereiten wird.
 5. Ich möchte, daß mein Sterben nicht mit Hilfe apparativer Maßnahmen unnötig verlängert wird.
 6. Ich setze allerdings mein Vertrauen in eine vom Arzt anzuordnende Schmerz lindernde Medikation, auch wenn sie zur Bewußtseinsausschaltung oder wegen ihrer vom Arzt nicht beabsichtigten – Nebenwirkungen zu einem früheren Ableben führen sollte. Ebenso wünsche ich unterstützende Therapiemaßnahmen.
 7. Dies bedeutet keine Einwilligung zur aktiven Sterbehilfe, d.h. zur beabsichtigten und gezielten Herbeiführung meines Todes.
 8. Ich bin mit einer Organspende **n i c h t** einverstanden.

Ich stimme einer Organspende zu. Hierbei stimme ich ausdrücklich intensivmedizinischen Maßnahmen, die lebensverlängernden Charakter haben, zum alleinigen Zweck der Organspende zu.

(Nicht zutreffendes streichen)

Eine Kopie dieser Patienten- und Betreuungsverfügung ist hinterlegt bei:

Ort: Datum:

Unterschrift:

Diese Verfügung wurde erneuert.

Ort: Datum:

Unterschrift: