

Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht für:

Name:

Geboren am:

Wohnhaft:

Patientenverfügung

Ich bin der Überzeugung, dass der Tod eine natürliche Gegebenheit des Lebens ist. Deshalb kann ich auch meinen eigenen Tod akzeptieren, wenn meine Lebensmöglichkeiten erschöpft sind. Ich möchte nicht ein Leben um jeden Preis, auch wenn ich mir bewusst bin, dass die Möglichkeiten der modernen Medizin, den Tod hinauszuzögern, vielfältig sind. Ich kann mir vorstellen, dankbar medizinische Unterlassungen anzunehmen, die mich sterben lassen anstatt mich unbedingt am Leben zu halten. Ich habe keine Angst vor dem Tod, aber Angst vor einem langsamen Sterben. Ich bin mir bewusst, dass schriftliche Vorausverfügungen eine Situation, die noch nicht eingetreten ist, nicht vollständig in den Blick nehmen können. Meine Verfügung will keine detaillierten Handlungsanweisungen geben, aber mit Nachdruck um Haltungen bitten, die mir das Sterben ermöglichen und es nicht behindern. Für den Fall, dass ich selbst meinen Willen nicht mehr äußern kann, verfüge ich: An mir sollen keine lebensverlängernden Maßnahmen vorgenommen werden, wenn meine behandelnden Ärzte nach bestem Wissen und Gewissen festgestellt haben, dass jede lebenserhaltende Maßnahme ohne Aussicht auf Besserung ist und mein Sterben nur verlängern würde. In solch einer Situation sollen ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege Beschwerden wie Schmerzen, Unruhe, Angst, Atemnot oder Übelkeit lindern. Wenn Medikamente, die gegen meine Beschwerden eingesetzt werden unter Umständen mein Leben verkürzen, so möchte ich trotzdem um Symptomlinderung bitten. Ich bitte Ärzte und Pflegepersonen, sich bei meiner Begleitung und Behandlung von einer palliativen Haltungen und Prinzipien der Hospizbewegung leiten zu lassen. Im Übrigen wünsche ich mir, dass die an meiner Behandlung, Versorgung und Begleitung beteiligten Menschen miteinander im Gespräch bleiben und sich ggf. immer wieder gemeinsam vergewissern, was nach meinem mutmaßlichen Willen zu tun oder zu lassen ist.

Ort/Datum: Unterschrift:

Ich unterschreibe diese Patientenverfügung nach sorgfältiger Überlegung und Beratung mit mir nahestehenden Menschen als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird.

Vorsorgevollmacht

Für den Fall, dass ich selbst meinen Willen nicht mehr äußern kann, bevollmächtige ich hiermit als Personen meines besonderen Vertrauens einen Bevollmächtigten und Ersatzbevollmächtigten bei Verhinderung des Erstgenannten.

Bevollmächtigter:

Name:

Geburtsdatum:

Straße:

Wohnort:

Telefon Festnetz:

Telefon mobil

Ersatzbevollmächtigter:

Name:

Geburtsdatum:

Straße:

Wohnort:

Telefon Festnetz:

Telefon mobil

Die bevollmächtigte Person soll an meiner Stelle alle erforderlichen Zustimmungen und Entscheidungen über meine ärztliche Behandlung treffen und sie mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin absprechen. Sie soll sich auch mit anderen beteiligten Professionen beraten, etwa mit Pflegenden, Seelsorgern oder Begleitern der Hospizbewegung. Sie soll meine Wünsche und Vorstellungen, die ich in der Patientenverfügung niedergelegt habe, berücksichtigen. Sie darf die Krankenunterlagen einsehen und ihre Zustimmung geben, dass Dritte, wenn nötig, dies auch tun können. Zu diesem Zweck entbinde ich alle meine behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie das nichtärztliche Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht. Sie darf auch in sämtlichen Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in ärztliche Eingriffe und in Heilbehandlungen einwilligen, diese ablehnen oder deren Abbruch bestimmen, auch wenn ich an einer solchen Behandlung sterben könnte.

Ort/Datum: Unterschrift:

Ich unterschreibe diese Patientenverfügung nach sorgfältiger Überlegung und Beratung mit mir nahestehenden Menschen als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird.

Kennntnisnahme

Wir haben diese Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht für

.....

zur Kenntnis genommen und über deren Inhalte mit dem Unterzeichner gesprochen. Wir haben der Bevollmächtigung bzw. der Ersatzbevollmächtigung zugestimmt.

Ort/Datum..... Unterschrift Bevollmächtigter.....

Ort/Datum..... Unterschrift Ersatzbevollmächtigter.....

Ich habe diese Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht zur Kenntnis genommen und über deren Inhalte mit dem Unterzeichner gesprochen.

Ort/Datum..... Unterschrift Ärztin/Arzt.....

Stempel

Folgebekräftigung aller Beteiligten zur Wirksamkeit der vorstehenden Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht für das Jahr

Wir haben diese Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht für

.....

zur Kenntnis genommen und über deren Inhalte mit dem Unterzeichner gesprochen. Wir haben der Bevollmächtigung bzw. der Ersatzbevollmächtigung zugestimmt.

Ort/Datum..... Unterschrift Bevollmächtigter.....

Ort/Datum..... Unterschrift Ersatzbevollmächtigter.....

Ich habe diese Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht zur Kenntnis genommen und über deren Inhalte mit dem Unterzeichner gesprochen.

Ort/Datum..... Unterschrift Ärztin/Arzt.....

Stempel