

Patienten-Verfügung

Von _____
Name, Vorname, ggf. Geburtsname

geboren am _____ in _____

Anschrift _____

als Anweisung an meine behandelnden Ärzte.

Für den Fall, dass ich nach einem Unfall, aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseins-trübung durch schwere Krankheit oder wegen sonstiger Umstände nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu bilden und/oder zu äußern, ordne ich an:

Wenn eine realistische Aussicht auf Erhaltung meines Lebens zu erträglichen Bedingungen be-steht, erwarte ich ärztlichen pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller im vernünftigen Rahmen liegender Möglichkeiten.

Wenn jedoch mein Zustand so schlecht ist, dass eine Genesung und/oder ein Weiterleben zu menschenwürdigen Bedingungen nicht mehr zu erwarten ist, so wünsche ich, dass lebensver-längernde Maßnahmen unterbleiben, wenn zwei Ärzte, die nicht an meiner Behandlung beteiligt waren, unabhängig voneinander feststellen,

dass ich mich im Sterben befinde und dass in diesem Zustand jede lebenserhaltende Therapie das Sterben ohne Aussicht auf Besserung verlängern würde oder

dass keine Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins besteht oder

dass eine schwere Gehirnschädigung zurückbleibt, die ein bewusstes Leben nicht mehr möglich macht oder

bei einem dauernden, nicht behandelbaren Ausfall lebenswichtiger Körperfunktionen.

Sowohl die Behandlung als auch die Pflege sollen in den letztgenannten Fällen auf die Linderung von Schmerzen, Angst und Unruhe gerichtet sein, wobei in Kauf zu nehmen ist, dass durch die notwendige Schmerzbehandlung ggf. eine Lebensverkürzung eintritt.

Ich möchte in Würde und Frieden sterben können und bitte die behandelnden Ärzte, mir dabei zu helfen.

Ich habe eine Vorsorge-Vollmacht Betreuungs-Verfügung errichtet. Diese befindet sich bei: _____

Weitere Hinweise und Wünsche: _____

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und in Wahrnehmung meines Selbstbestimmungsrechtes.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Willenserklärung habe ich erneuert am: _____
Unterschrift

Vorsorge-Vollmacht

Vollmachtgeber _____

Nach einem Unfall, bei schwerer Krankheit, aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseins-trübung mit oder ohne Krankenhauseinweisung ist sofort als mein Bevollmächtigter

Frau /Herr _____

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefon

zu benachrichtigen und über meinen Zustand zu informieren. Meine behandelnden Ärzte und deren nichtärztliche Mitarbeiter befreie ich hiermit ausdrücklich gegenüber dieser Person meines Vertrauens von der ärztlichen Schweigepflicht. Sie darf auch Krankenunterlagen einsehen und einwilligen, dass diese an Dritte herausgegeben werden.

Für den Fall, dass ich aufgrund meines Zustandes zur Willensbildung und/oder Willensäußerung nicht mehr imstande bin, ist die vorgenannte Person meines Vertrauens bevollmächtigt, an meiner Stelle mit den behandelnden Ärzten alle erforderlichen Maßnahmen und Entscheidungen zu treffen sowie zu medizinischen Eingriffen Zustimmung zu erteilen oder abzulehnen. Die vor-geannte Person meines Vertrauens ist von mir ausdrücklich beauftragt, meinem Willen entspre-chend die von mir errichtete Patienten-Verfügung zu realisieren.

Die vorgenannte Person meines Vertrauens ist auch berechtigt und beauftragt, mich in solchen Vermögensangelegenheiten zu vertreten, die meine ordnungsgemäße Unterbringung sowie die medizinische und pflegerische Versorgung finanziell gewährleisten.

Falls aufgrund der gesetzlichen Vorschriften die Bestellung eines Betreuers notwendig wird, soll die vorgenannte Person meines Vertrauens als gesetzlicher Vertreter mit dieser Aufgabe betraut werden.

Für den Fall der Verhinderung des Bevollmächtigten benenne ich als Ersatzbevollmächtigten

Frau/Herr _____

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefon

Weitere Bestimmungen:

Ich behalte mir vor, diese Vollmacht jederzeit zu widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift

Die mir erteilte Vorsorge-Vollmacht werde ich gewissenhaft wahrnehmen.

Ort, Datum

Unterschrift

Betreuungs-Verfügung

Von _____
Name, Vorname, ggf. Geburtsname

geboren am _____ in _____

Anschrift _____

für den Fall der Bestellung eines Betreuers.

Für den Fall, dass für mich eine Betreuung notwendig wird, wünsche ich, dass

Frau /Herr _____

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefon

oder ersatzweise

Frau /Herr _____

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefon

diese Aufgabe übernimmt.

Ich lege Wert darauf, dass meine in der anliegenden Patienten-Verfügung geäußerten Wünsche genau und konsequent beachtet werden.
Im Pflegefall möchte ich so lange wie möglich und zumutbar zu Hause bleiben und dort versorgt werden.

Weitere Bestimmungen:

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und in Wahrnehmung meines Selbstbestimmungsrechtes.

Ort, Datum

Unterschrift

Bestätigung:

Ich/wir bestätige/n mit meiner/unsere(r) Unterschrift, dass Frau/Herr _____

die vorstehende Verfügung im vollen Besitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfasst und eigenhändig unterschrieben hat.

Unterschrift/Unterschriften der Zeugen:

Ort, Datum

Unterschrift und Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift und Anschrift

Organspende-Erklärung

Wenn nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben in Frage kommt, verfüge ich:

- Nach der ärztlichen Feststellung meines Todes können meinem Körper Organe/Gewebe zur Transplantation entnommen werden.

Folgende Organe/Gewebe bleiben ausgenommen:

- _____

- Ich gestatte die Entnahme nur für folgende Organe/Gewebe:

- Ich habe die Entscheidung übertragen auf:

Ort, Datum

Unterschrift

Anschrift

Patienten-Verfügung	Patienten-Verfügung
Wenn mein Zustand nach einem Unfall oder aufgrund schwerer Krankheit in Verbindung mit Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinstörung so schlecht ist, dass eine Genesung und/oder ein Weiterleben zu menschenwürdigen Bedingungen nicht mehr zu erwarten ist, wünsche ich, dass auf Maßnahmen verzichtet wird, die nur noch eine Sterbe- und Leidensverlängerung zur Folge hätten.	Für den Fall, dass ich nach einem Unfall oder schwerer Krankheit aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinstörung nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äußern, habe ich Vorsorge-Vollmacht erteilt an:
_____ Name, Vorname, Geburtsdatum	_____ Name, Vorname
_____ Anschrift, Telefon	_____ Anschrift, Telefon
_____ Eigenhändige Unterschrift	_____ Name, Vorname
	_____ Anschrift, Telefon
	Die vorstehend benannten Personen sind sofort nach einem Unfall bzw. bei schwerer Krankheit zu benachrichtigen, wenn ich selbst nicht dazu in der Lage bin.