

Patientenverfügung

Familienname:	
Vorname:	
geb. am:	
Anschrift:	

1. Aus folgenden Gründen habe ich mich entschlossen, eine Patientenverfügung zu erstellen:

2. Meine Wertvorstellung und meine Einstellung zu meinem eigenen Leben und Sterben möchte ich folgendermaßen beschreiben:

3. Mit dem Thema Sterben wurde / werde ich durch folgende Ereignisse konfrontiert:

4. Für den Fall, dass ich aufgrund einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Kontakt aufzunehmen nach der Beurteilung zweier erfahrener Ärzte nach aller Wahrscheinlichkeit dauerhaft einbüßen sollte, wünsche ich – selbst wenn lebensverlängernde Maßnahmen (etwa durch künstliche Ernährung oder Beatmung) noch möglich sind – Folgendes: (siehe auch die Hinweise):

5. Für den Fall, dass ich mich nach der Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach krankheitsbedingt unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, oder der Sterbevorgang zwar noch nicht eingesetzt hat, aber nach aller Wahrscheinlichkeit krankheitsbedingt unabwendbar bevorsteht, wünsche ich Folgendes: (siehe auch Hinweise):

6. Im übrigen habe ich folgende Wünsche für meine Behandlung in meiner letzten Lebensphase (siehe Hinweise):

7. In dieser Situation fürchte ich am meisten:

8. V o l l m a c h t :

Ich bevollmächtige hiermit folgende Person(en) meines Vertrauens, meinen in dieser Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachten Willen gegenüber allen beteiligten Personen und Einrichtungen im Bereich der Gesundheitsfürsorge durchzusetzen, falls ich dazu auf Grund einer Erkrankung nicht mehr in der Lage bin:

Verfügungsberechtigt ist

jeder für sich vertretungsweise gemeinschaftlich

Name:

Anschrift:

Name:

Anschrift:

9. Meine Entscheidung, die oben genannte(n) Person(en) zu bevollmächtigen, beruht auf folgenden Gründen:

10. Ich habe den Inhalt der Patientenverfügung mit folgendem Arzt meines Vertrauens besprochen. Er hat mich über die Bedeutung und Tragweite meiner Entscheidungen – insbesondere zu den Punkten in Ziffer 4./5. – beraten und aufgeklärt.

Name und Anschrift des Arztes:

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers/der Verfasserin

Ort, Datum und Unterschrift des Bevollmächtigten/der Bevollmächtigten

Als Arzt des Vertrauens bescheinige ich hiermit, dass die Verfasserin / der Verfasser in der Lage ist, den Sinn, die Bedeutung und die Folgen ihrer/seiner Verfügung zu erfassen.

Ort, Datum und Unterschrift des Arztes:

Ort, Datum und Unterschrift des Zeugen / der Zeugin (nicht zwingend)

- **Ich habe heute meine am verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.**

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers/der Verfasserin

- **Ich habe heute meine am verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.**

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers/der Verfasserin

- **Ich habe heute meine am verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.**

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers/der Verfasserin

- **Ich habe heute meine am verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.**

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers/der Verfasserin

- **Ich habe heute meine am verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.**

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers/der Verfasserin

Hinweise zu einzelnen Fragen

Zu Ziffer 1 – 3

- Die Ziffern 1 – 3 dienen dazu, die Patientenverfügung zu ergänzen und zu verstärken, indem sie eine breite Grundlage zur Auslegung der Verfügung schaffen. Wichtig kann es z.B. sein, unter Ziffer 2 auch Ihre religiöse Weltanschauung und Ihre Vorstellung von einem Leben nach dem Tod anzugeben. Hier können Sie auch Ihre grundsätzliche Überzeugung zu der Frage ausdrücken, ob Sie im Konfliktfall eher eine „Lebensverlängerung um jeden Preis“ oder eher die Vermeidung einer langjährigen totalen Abhängigkeit und Unselbständigkeit auch um den Preis eines früheren Ablebens für richtig halten.

Ziffer 4./5.

Beschreiben Sie an dieser Stelle Ihre Wünsche zu folgenden Fragen:

- ob Sie Schmerzmittel wünschen, selbst wenn diese unbeabsichtigt zu einer Beschleunigung des Sterbens führen könnten
- ob Sie die Gabe von Antibiotika bei fieberhaften Begleiterkrankungen wünschen, auch wenn diese Begleiterkrankung ohne Behandlung evtl. zum Tode führen könnte
- ob Sie die Gabe von sonstigen Medikamenten wünschen, die Ihr Leiden lindern, selbst wenn diese unbeabsichtigt zu einer Beschleunigung des Sterbens führen könnten
- ob und gegebenenfalls für welchen Zeitraum Sie künstlich ernährt werden wollen
- ob und gegebenenfalls für welchen Zeitraum Sie künstlich beatmet werden wollen
- ob Sie wiederbelebt werden wollen, falls Ihr Herz nicht mehr oder nur völlig unzureichend schlägt
- ob und gegebenenfalls in welchem Umfang Behandlungsversuche mit ungewissem Erfolg unternommen oder fortgesetzt werden sollen
- ob Sie die Behandlung von Schmerzen, Angst und Unruhe wünschen, selbst wenn Sie dadurch schläfrig werden oder wenn Sie dadurch das Bewusstsein verlieren sollten
- ob Sie wünschen, dass alles medizinisch Mögliche zu Ihrer Behandlung unternommen wird

Ziffer 6.

Patientenverfügung der Fuldaer Integrations-Stiftung (FIS)
Heinrich-von-Bibra-Platz 1 in 36037 Fulda Telefon 0661 924 2041

Kann auch im Internet unter www.fulda-fis.de abgerufen werden. Seite 6

An dieser Stelle können Sie zu folgenden Aspekten Stellung nehmen:

- ob Sie eine seelsorgerische Begleitung wünschen, wenn ja, welche
- ob Sie – soweit möglich – an dem Ort sterben wollen, an dem Sie zuletzt gelebt haben, auch wenn die maximale Versorgung eines Krankenhauses dort nicht zur Verfügung steht
- ob Sie in einem Hospiz sterben, bzw. von der ambulanten örtlichen Hospizbewegung betreut und begleitet werden möchten
- welche sonstigen Wünsche Sie für Ihre letzte Lebensphase haben

Ziffer 8.

Die Bevollmächtigung ist nicht zwingend erforderlich. Ergänzend kann auch eine umfassende Vorsorgevollmacht erteilt werden (gesondertes Formular)

Die Patientenverfügung sollte in regelmäßigen Abständen auf die Richtigkeit hin bestätigt werden, so z.B. jährlich.