



## So könnte Ihre Patientenverfügung aussehen

P A T I E N T E N V E R F Ü G U N G		
Name:	Straße:	
Vorname:	PLZ und Wohnort	
Geburtsdatum:	Geburtsort:	
<p>Für den Fall, dass ich in einen Zustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiederbringlich aufgrund von Bewußlosigkeit oder Bewußtseinstäubung, durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände verloren habe, <b>verfüge ich:</b></p> <p>Im Falle irreversibler Bewußlosigkeit, schwerer Dauerschädigung des Gehirns oder des dauernden Ausfalls lebenswichtiger Funktionen meines Körpers bin ich mit einer Reanimation bzw. dem Einsatz hochtechnischer Behandlungsmethoden <b>nicht</b> einverstanden.</p> <p>Für den Fall, dass durch ärztliche Maßnahmen lediglich eine Verlängerung des Sterbevorgangs und/oder eine Verlängerung meines Leidens erreicht werden kann, verweigere ich diese hiermit ausdrücklich.</p> <p>Ich wünsche ein menschenwürdiges Sterben und bitte die beteiligten Ärzte, mir dabei zu helfen.</p> <p>Sollten Diagnose und Prognose von mindestens zwei Fachärzten, ungeachtet der Möglichkeit einer Fehldiagnose ergeben, dass meine Krankheit in absehbarer Zeit zum Tode führen und mir nach aller Voraussicht Schmerzen bereiten wird, so <b>wünsche</b> ich dass die ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege auf die Linderung von Schmerzen, Unruhe und Angst gerichtet wird, selbst wenn durch die notwendige Schmerzbehandlung eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist. Ich <b>wünsche</b> keine weiteren diagnostischen Eingriffe und <b>keine</b> Verlängerung meines Lebens.</p> <p>Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung, in Kenntniss über die medizinische Situation, die rechtliche Bedeutung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird. Ich gebe diese Erklärung frei und ohne Zwang, im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte ab.</p> <p>Weiter erkläre ich, dass ich mit einer Organspende nach meinem Ableben einverstanden bzw. nicht einverstanden bin.</p> <p>Für jeweilige Probleme, die Entscheidungen über das weitere Vorgehen erfordern, <b>verlange ich</b>, dass die verantwortlichen Ärzte mit den nachstehenden Personen und/oder folgendem Arzt meines Vertrauens Kontakt aufnehmen:</p>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		



<i>Name:</i>	<i>Anschrift:</i>	<i>Datum, Unterschrift:</i>
Mit der obigen Unterschrift bestätigen diese Personen, dass sie von meiner Patientenverfügung Kenntnis genommen haben und dass ich diesen letzten Willen in klarer Orientierung und Unabhängigkeit unterschrieben habe.		
Ort,Datum:		Unterschrift:
Im Abstand von zwei Jahren bestätige ich durch meine erneute Unterschrift, dass diese Verfügung nachwievor meinem Willen entspricht:		
Ort,Datum:		Unterschrift:
Ort,Datum:		Unterschrift:
Ort,Datum:		Unterschrift:
Ort,Datum:		Unterschrift:
Ort,Datum:		Unterschrift:
Ort,Datum:		Unterschrift:
Ort,Datum:		Unterschrift:

[zurück zur Themenliste](#)

**Beratungsstellen:**

HVD Humanistischer Verband Deutschland,  
[www.patientenverfuegung.de](http://www.patientenverfuegung.de)

IGSL (Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand)  
Im Rheinblick 16, 55411 Bingen,  
Telefon: 06721 / 103 28, Fax: 06721/103 81

[zurück zur Themenliste](#)