

Patientenverfügung

Ich,
Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Nationalregisternummer _____

erkläre, bei vollem Bewusstsein zu sein und möchte hiermit meinen freien Willen in Bezug auf meine Pflege festlegen.

Sollte ich nicht mehr in der Lage sein, meinen Willen auszudrücken, so bestimme ich, dass:

- an mir keine lebensverlängernden Maßnahmen vorgenommen werden, wenn aus medizinischer Sicht keinerlei Aussicht auf Besserung besteht und jede Maßnahme mein Leben künstlich verlängern würde.
- ein natürliches Sterben nicht durch lebensverlängernde Maßnahmen verhindert wird bei:
 - irreversiblen Koma
 - schweren Hirnschäden oder degenerativen Hirnerkrankungen im Endstadium, z.B. weit fortgeschrittener Demenz
 - _____

In diesen Fällen möchte ich nur noch eine pflegende Behandlung erhalten, die ausschließlich der Linderung von Schmerzen und anderen Beschwerden dient.

Zudem sollen folgende Behandlungen und Maßnahmen eingestellt bzw. nicht mehr begonnen werden:

- Antibiotika-Therapie
- künstliche Ernährung
- Chemotherapie
- Strahlentherapie
- chirurgischer Eingriff
- künstliche Beatmung
- Nierendialyse
- Reanimation
- Intensivpflege
- Einlieferung ins Krankenhaus
- sonstige Behandlungen: _____

Ich wünsche dennoch, dass folgende Pflegemaßnahmen oder Behandlungen durchgeführt werden:

- Für die Vorbereitung einer Organspende darf die Behandlung weitergeführt werden.
- Grundsätzlich stimme ich einer Organspende zu, habe diese jedoch nicht registrieren lassen.
- Meine Zustimmung zur Organspende habe ich im Bevölkerungsregister eintragen lassen.
- Eine Organspende kommt für mich nicht in Frage und meine ausdrückliche Weigerung habe ich bei der Gemeinde hinterlegt.

Persönliche Wünsche

- Ich wünsche die Möglichkeit, eine psychologische Begleitung in Anspruch zu nehmen.
- Ich wünsche, dass mich Ärzte und Pflegepersonal über den Verlauf meiner Erkrankung informieren.
- Ich möchte nicht über den Verlauf meiner Krankheit informiert werden.
- Im fortgeschrittenen Stadium einer schweren Krankheit soll über mögliche lebenserhaltende Maßnahmen geredet werden:
 - mit mir
 - mit mir und meinen nächsten Angehörige
 - nur mit der von mir bezeichneten Vertrauensperson oder dem Bevollmächtigten nur im Pflgeteam und mit meinem Hausarzt
 - _____

Ich möchte seelsorgerischen Beistand folgender Konfession: _____

Wenn möglich, möchte ich sterben:

- in Anwesenheit meiner Familie und der mir nahestehenden Personen
- in meinem gewohnten Umfeld
- sonstige Wünsche: _____

Art der Beisetzung:

- Erdbestattung
- Einäscherung
- Ich spende meinen Körper der Wissenschaft und habe folgendes Institut benachrichtigt:

Sonstige Wünsche:

Datum

Unterschrift

Bestimmung einer Vertrauensperson

Ich,
Name _____
Vorname _____
Adresse _____

Telefonnummer _____
Geburtsdatum _____
Nationalregisternummer _____

bestimme untenstehende Person als Vertrauensperson, die - auch in meiner Abwesenheit - befugt ist, folgende Rechte auszuüben:

- Informationen über meinen Gesundheitszustand und dessen Entwicklung zu erhalten**
Dauer: _____ (mögliches Enddatum oder unbegrenzt)
Informationen folgenden Arztes: _____
- Einsicht in meine Patientenakte erhalten**
Dauer: _____ (mögliches Enddatum oder unbegrenzt)
Informationen folgenden Arztes: _____
- Eine Kopie meiner Patientenakte anfragen**
Dauer: _____ (mögliches Enddatum oder unbegrenzt)
Informationen folgenden Arztes: _____

Vertrauensperson

Name _____
Vorname _____
Adresse _____

Telefonnummer _____
Geburtsdatum _____
Nationalregisternummer _____

Ausgestellt zu _____, den _____

Unterschrift des Ausfüllenden

Unterschrift der Vertrauensperson

Bestimmung eines Bevollmächtigten

Ich,
Name _____
Vorname _____
Adresse _____

Telefonnummer _____
Geburtsdatum _____
Nationalregisternummer _____

bevollmächtige folgende Person, mich zu vertreten, solange ich nicht in der Lage bin, meine Rechte als Patient selbst auszuüben.

Bevollmächtigter
Name _____
Vorname _____
Adresse _____

Telefonnummer _____
Geburtsdatum _____
Nationalregisternummer _____

Ausgestellt zu _____, den _____

Unterschrift des Ausfüllenden

Unterschrift der Vertrauensperson

Es wird empfohlen, zwei Exemplare dieses Dokuments zu erstellen, von denen sowohl der Ausfüllende als auch der Bevollmächtigte eine Ausfertigung erhält. Eine Kopie kann zudem dem Hausarzt oder einem anderen Arzt zugestellt werden.

Die Bestimmung des Bevollmächtigten kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. In diesem Fall sollten alle Personen benachrichtigt werden, die das vorliegende Dokument erhalten haben.

Widerruf der Bevollmächtigung

Ich,
Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Nationalregisternummer _____

widerrufe hiermit die Bestimmung folgender Person als Bevollmächtigte(n) vom ____ / ____ / ____ (Datum).

Name _____
Vorname _____
Adresse _____

Telefonnummer _____
Geburtsdatum _____
Nationalregisternummer _____

Ausgestellt zu _____, den _____

Unterschrift des Ausfüllenden

Unterschrift der Vertrauensperson

Es wird empfohlen, alle Personen zu benachrichtigen, die das Dokument zur Bestimmung des Bevollmächtigten vom ____ / ____ / ____ erhalten haben.