

PATIENTENBRIEF

Für den Fall, dass ich, (vollständiger Name)

geboren am: (Geburtsdatum)

wohnhaft in: (vollständige Anschrift)

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich folgendes:

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt)

- Wenn zwei Ärzte unabhängig voneinander festgestellt haben, dass ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich ohne Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins im Koma liege.
- Wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Dauerschädigung des Gehirns eintritt.
- Wenn es zu einem nicht behandelbaren, dauernden Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt
-(weitere Situationen)

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. Für andere Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten.

2. In allen unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

- Ich wünsche eine Begleitung
 - durch Hospizdienst (Name und Anschrift)
 - durch Seelsorge (Name und Anschrift)
 - durch Frau/Herrn..... (Name und Anschrift)

3. In den unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

- Die Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden.
- Keine Wiederbelebungsmaßnahmen

4. In den von mir unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen, und verlange:

- Keine künstliche Ernährung (weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene)
- Verminderte Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

ja nein

Bevollmächtigte(r)

Name:

Anschrift:

Telefon: Telefax:

Sollten aufgrund der Rechtslage meine Wünsche von einem Gericht genehmigt werden müssen, so beauftrage ich den Bevollmächtigten, die Zustimmung des Gerichts auch mit Hilfe eines Rechtsanwalts zu erlangen.

Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte gegenüber meinem Bevollmächtigten von der Schweigepflicht.

Ich habe anstelle einer Vollmacht eine Betreuungsverfügung erstellt. ja nein

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Diese Verfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst. Ich weiß, dass ich diese Verfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Hinweis: Dieser Mustertext wurde sorgfältig erstellt. Wie für alle rechtlichen Abhandlungen gilt jedoch, dass Gerichte im Einzelfall aufgrund besonderer Umstände anders bewerten und dass deshalb die Verfasser keine Haftung übernehmen können. Bitte streichen Sie alle nicht zutreffenden Textpassagen und schreiben Sie nur, was in Ihrem Fall tatsächlich zutrifft. Eine individuelle Rechtsberatung kann grundsätzlich durch einen Mustertext nicht ersetzt werden.