

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Straße: _____ Wohnort: _____

Patientenverfügung (-testament)

Für den Fall, dass Ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meine persönlichen Angelegenheiten selbst zu regeln, verfüge ich im jetzigen Vollbesitz meiner geistigen Kräfte:

Wenn bei schwerstem körperlichen Leiden, Dauerbewusstlosigkeit oder fortschreitendem geistigen Verfall keine Aussicht mehr auf Besserung im Sinne eines für mich erträglichen und umweltbezogenen Lebens besteht,

- sollen an mir keine lebenserhaltenden Maßnahmen (z. B. Wiederbelebung, Beatmung, Dialyse, Bluttransfusion, Medikamente) vorgenommen werden bzw. bereits begonnene abgebrochen werden,
- wünsche ich keine Ernährung durch Magensonde oder Magenfistel, ggf. auch keine Flüssigkeitszufuhr
- wünsche ich keine Antibiotikagabe bei fieberhaften Begleitinfekten,
- wünsche ich weitestgehende Beseitigung von Begleitsymptomen, insbesondere von Schmerzen; eine damit unter Umständen verbundene Lebensverkürzung nehme ich in Kauf,
- wünsche ich mir persönlichen Beistand,
- wünsche ich mir geistlichen Beistand,
- wünsche ich, das mein/e Hausarzt/ärztin, Herr/Frau _____, verständigt wird,
- bin ich mit einer Obduktion zur Befundklärung einverstanden/nicht einverstanden,
- bin ich mit einer Organentnahme zum Zweck der Transplantation
- einverstanden nicht einverstanden einverstanden mit Ausnahme folgender Organe:

Weitere Verfügungen:

Datum und Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers: _____

Ich/ Wir bestätige(n) mit meiner/unsere(r) Unterschrift,

dass Frau/Herr _____ das Patiententestament im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfaßt hat.

Unterschrift(en) des/der Zeugen mit Ort und Datum. Zusätzlich Angabe des Namens, des Geburtsdatums und des Wohnortes

