

## Anlage 1

# Patientenverfügung

In Gegenwart von

Name, Vorname

geboren am

erkläre ich,

Name, Vorname

geboren am

wohnhaft

hiermit folgendes:

Für den Fall, dass ich

an einer Erkrankung leide, an der ich nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werde

und / oder

ich mich in einem permanenten vegetativen Status befinde und diese Diagnose von einem darin besonders erfahrenen Neurologen bestätigt worden ist

und / oder

ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. infolge einer schweren Demenz) nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen, und wenn in den beiden letztgenannten Fällen zudem nach gemeinsamer und übereinstimmender Ansicht der mich behandelnden Ärzte, des Neurologen, der mich pflegenden Personen und meiner Bevollmächtigten die Fortsetzung meiner Behandlung mir keinen Nutzen mehr bringen wird

verfüge ich hiermit:

Ich will, dass man mich in Würde sterben lasse.

Ich will in diesem Stadium meines Lebens ausschließlich nach palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Regeln behandelt werden.

Ich will, dass ich von quälenden Symptomen, wie z.B. Schmerzen, befreit bzw. diese soweit wie möglich gelindert werden. Alle therapeutischen Maßnahmen, die erforderlich sind, um diesen Zweck zu erreichen, sind vorzunehmen. Nebenwirkungen, insbesondere auch einen schnelleren Eintritt des Todes, nehme ich dabei in Kauf.

Ich untersage ausdrücklich alle therapeutischen Maßnahmen, die ausschließlich der künstlichen Verlängerung meines Lebens dienen.

*(Ich habe mich bereit erklärt, meine Organe zu spenden.)*

Ich bitte die mich behandelnden Ärzte und mich pflegenden Personen mir in meiner letzten Lebensphase dadurch beizustehen, dass sie um mich herum eine Atmosphäre schaffen, die mir ein Sterben in Würde ermöglicht.

Ich bitte hiermit die mich behandelnden Ärzte und mich pflegenden Personen, meinen Bevollmächtigten und insbesondere jeden für mich mit einer Entscheidung befassten Richter oder von diesem ernannten Betreuer dringend, diese meine Verfügung strikt zu beachten, wenn ich selber nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen frei zu äußern. Ich habe diese Verfügung in uneingeschränkt geschäftsfähigem Zustand und nach sorgfältiger Überlegung und ärztlicher Beratung in Ausübung meines Selbstbestimmungsrechtes getroffen. Soweit keine ausdrücklich anderslautenden Erklärungen von mir vorliegen, ist davon auszugehen, dass diese Verfügung nach meinem Willen uneingeschränkt fort gilt.

Soweit keine ausdrücklich anderslautenden Erklärungen von mir vorliegen, ist davon auszugehen, dass diese Verfügung nach meinem Willen uneingeschränkt fort gilt.

Ort, Datum Unterschrift des Verfügenden

Diese Patientenverfügung hat die (der) mir persönlich bekannte Name des Verfügenden in meiner Gegenwart und erkennbar im vollen Besitz ihrer (seiner) geistigen Kräfte persönlich unterzeichnet.

Ort, Datum

Vorname und Name der Person, die die Bestätigung abgibt

Eine Ausfertigung dieser Patientenverfügung wurde am

Datum

an Herrn / Frau

Name, Vorname

übergeben.