



- Wenn ich aufgrund eines weit fortgeschrittenen Hirnabbaugeschehens (z.B. Alzheimer oder vergleichbare Erkrankungen) trotz ausreichender und ausdauernder Hilfestellungen nicht mehr fähig bin, Nahrung und Flüssigkeit oral zu mir zuzunehmen oder dies erkennbar abwehre. Ich bin mir bewusst, dass ich dann entsprechend der natürlichen Folge dieses Krankheitsgeschehens sterben werde. Ja  nein

- .....
- .....
- .....

(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. Ja  nein

**2. In allen unter Nummer 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. Ja  nein

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

- Die Unterlassung lebenserhaltender bzw. lebensverlängernder Maßnahmen, die nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie z.B. maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden. Ja  nein

- keine Wiederbelebungsmaßnahmen. Ja  nein

**4. In den von mir unter Nummer 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 Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene). Ja  nein

- verminderte Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen (außer zur Beschwerdelinderung). Ja  nein

- .....

(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen.

- Ich habe dieser Patientenverfügung „Persönliche Ergänzungen“ beigefügt. Ja  nein
- Ich habe den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person/en besprochen. Ja  nein
- Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. Ja  nein
- Werden für die Durchführung einer Organspende ärztliche Maßnahmen (z. B. eine kurzfristige künstliche Beatmung) erforderlich, die ich in meiner Patientenverfügung untersagt habe,

geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor

oder

gehen die Aussagen in meiner Patientenverfügung vor.

(Bitte nur eine der beiden Alternativen ankreuzen!)

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u. a. meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z. B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung, in Kenntnis über die medizinische Situation, die rechtliche Bedeutung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe. Ich gebe diese Erklärung frei und ohne Zwang, im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte ab.

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann, solange ich einwilligungsfähig bin.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen, auch wenn der Gesetzgeber dies nicht vorschreibt. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

Ort	Datum	Unterschrift

Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name.....

Adresse.....

Telefon..... Telefax/E-Mail.....

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von\*

Name.....

Adresse.....

Telefon..... Telefax/E-Mail.....

Ort, Datum: ..... Unterschrift der/des Beratenden: .....

\* (Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.)

