

Patientenverfügung

Name

geboren..... in

wohnhaft in

Telefon / eMail

Nach reiflicher Überlegung und ausführlichem Gespräch mit meinem Arzt des Vertrauens

Name

Anschrift

Telefon / eMail

und nachdem ich meine Angehörigen in meine Wünsche eingeweiht habe, möchte ich hiermit regeln, was geschehen soll, wenn ich nicht mehr in der Lage bin, den Ärzten/Ärztinnen selbst zu erklären, welche Wünsche ich an sie habe. Wenn Zweifel über meinen Willen bestehen, soll Rücksprache mit nach genannten Personen genommen werden.

Als Vertrauenspersonen, die nähere Angaben zu meinen Wünschen und meinem Willen machen können und hierzu befragt werden sollen, benenne ich

meine Ehefrau – meinen Sohn – meine Tochter - meine/n Freund/in – meine/n Bekannte/n –

Name

geboren amin

wohnhaft in

Telefon / eMail

und meine/n (alternativ zusätzlich)

Name

geboren amin

wohnhaft in.....

Telefon / eMail

Mein/e – Ehefrau - Sohn – Tochter – Freund/in – Bekannte/r - und der Arzt meines Vertrauens haben Kenntnis von meiner Patientenverfügung genommen und sind bereit, sich für mich einzusetzen. Sie bestätigen durch ihre Unterschrift, dass ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte bin und die Verfügung unabhängig von Einflüssen Dritter abgefasst habe.

Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte/Ärztinnen von der **Schweigepflicht**. Mein Hausarzt ist bereit, über meinen Gesundheitszustand und über meine Wünsche und Vorstellungen Auskunft zu geben.

Mir ist wichtig, dass ich in einer Situation ohne Aussicht auf Besserung ein möglichst schmerz- und angstarmes Leben führen und in Würde und Frieden sterben kann.

Ich erkläre in Kenntnis der medizinischen Möglichkeiten und rechtlichen Bedeutung einer Patientenverfügung:

Erneuerungen und eventuelle Veränderungen der Patientenverfügung:

Die Patientenverfügung sollte in regelmäßigen Abständen (z. B. alle zwei Jahre oder vor größeren medizinischen Eingriffen) durch Unterschriften der Verfasserin erneuert werden. Sie kann auch verändert oder widerrufen werden. Dies wird wie folgt dokumentiert:

Bestätigung / Veränderungen:

.....

.....

.....

Ort Datum, Unterschrift des Verfassers

Bestätigung / Veränderungen:

.....

.....

Ort Datum, Unterschrift des Verfassers

Bestätigung / Veränderungen:

.....

.....

Ort Datum, Unterschrift des Verfassers

Original unterschriebene Exemplare dieser Patientenverfügung werden hinterlegt:

- bei meiner Ehefrau, Anschrift wie oben,
- bei meinem Sohn, Anschrift wie oben,
- bei meiner Tochter, Anschrift wie oben,
- bei meinem/r Freund/in, Anschrift wie oben,
- bei meinem/ Bekannten, Anschrift wie oben,
- bei meinem Hausarzt, Anschrift wie oben.