

Patientenverfügung

Für den Fall, daß ich nicht mehr in der Lage bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, verfüge ich:

An mir sollen keine lebensverlängernden Maßnahmen vorgenommen werden, wenn medizinisch festgestellt ist,

- daß ich mich im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, bei dem jede lebens-
- erhaltende Maßnahme das Sterben oder Leiden ohne Aussicht auf erfolgreiche Behandlung verlängern würde,

oder

- daß es zu einem nicht behebbaren Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt, der zu Tode führt.

Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Schmerzen, Unruhe und Angst gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendige Schmerzbehandlung eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist. Ich möchte in Würde und Frieden sterben können, nach Möglichkeit in Nähe und Kontakt mit nahestehenden Personen und in meiner vertrauten Umgebung.

Ich bitte um seelsorgerlichen Beistand.

Maßnahmen aktiver Sterbehilfe lehne ich ab.

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meine Selbstbestimmungsrechts. Ich wünsche nicht, daß mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird. Sollt ich meine Meinung ändern, werde ich dafür sorgen, daß mein geänderter Wille erkennbar zum Ausdruck kommt.

Name:.....

Geburtsdatum:.....

Anschrift:.....

Ort / Datum:.....

Unterschrift:.....

Die Patientenverfügung wird von mir erneut bestätigt:

Ort, Datum..... Unterschrift:.....

Ort, Datum..... Unterschrift:.....