

P a t i e n t e n v e r f ü g u n g

Vorschlag für die medizinische Behandlung im Falle einer schweren, unheilbaren Erkrankung oder eines Unfalles

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Ort: _____

An meine Familie, meine Ärzte und das Vormundschaftsgericht.

Ich wünsche einen menschenwürdigen Tod und bitte meine Ärzte, mir dabei zu helfen.

Ich erkläre deshalb, dass ich mit einer Wiederbelebung oder Intensivbehandlung nicht einverstanden bin, falls ich dauerhaft bewusstlos bin oder wenn sonst lebenswichtige Funktionen meines Körpers auf Dauer ausfallen.

Ich möchte, dass die Behandlung eingestellt wird, wenn feststeht, dass ich kein menschenwürdiges Leben mehr führen kann und meine Schädigung nicht mehr zu beheben ist.

Ich bitte darum, im Falle einer zum Tode führenden Krankheit von allen lebensverlängernden Maßnahmen abzusehen, insbesondere lehne ich ein Leben in Abhängigkeit von Maschinen, Schläuchen oder ähnlichem ab.

Ich fordere, dass man die notwendigen Medikamente anwendet, die mich von Schmerzen und großer Belastung befreien, auch wenn dadurch der Augenblick meines Todes früher eintreten würde.

* Ich weise darauf hin, dass ich die nachfolgend genannte Person bereits im Wege einer Vorsorgevollmacht ermächtigt habe, für mich die Einwilligung zu medizinischen Eingriffen zu geben:

* Ich bevollmächtige die nachfolgend genannte Person für mich die Einwilligung zu medizinischen Eingriffen zu geben:

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Ort: _____

Telefon: _____

Eine Kopie dieser Erklärung befindet sich bei meinen Ausweispapieren. Das Original ist hinterlegt:

* bei folgender Person meines Vertrauens:
(Bitte Namen, Anschrift und Telefonnummer angeben)

* bei meinem Rechtsanwalt/Notar
(Bitte Namen, Anschrift und Telefonnummer angeben)

* bei meinem Hausarzt
(Bitte Namen, Anschrift und Telefonnummer angeben)

Ort und Datum

Unterschrift

Erläuterung:

* Zutreffendes ist anzukreuzen