

2. In sämtlichen von mir unter Punkt 1 mit „JA“ angekreuzten Situationen wünsche ich, dass folgende ärztliche und pflegerische Maßnahmen eingeleitet, unterlassen oder beendet werden:

Lebenserhaltende Maßnahmen

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Ich wünsche, dass alles medizinisch Mögliche unternommen wird, um mich am Leben zu erhalten und Beschwerden zu lindern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich wünsche die Unterlassung aller lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen, die lediglich den Todeszeitpunkt verzögern und dadurch mein Leiden unnötig verlängern würden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | | |
| • | | |
| • | | |

Schmerz- und Symptombehandlung

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, insbesondere lindernde pflegerische Maßnahmen wie Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen wie die Bekämpfung von Schmerzen, Atemnot, Angst, Unruhe, Übelkeit und anderen Krankheitserscheinungen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich wünsche, wenn andere medizinische Mittel keine Linderung bringen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Eine dadurch evtl. bedingte Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | | |

Künstliche Ernährung

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Ich wünsche eine künstliche Ernährung, gleich auf welchem Weg oder in welcher Form. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich wünsche enterale Ernährung (direkt in den Magen), keine parenterale (in die Venen). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | | |

Künstliche Flüssigkeitszufuhr

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Ich wünsche eine künstliche Flüssigkeitszufuhr. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich wünsche keine künstliche Flüssigkeitszufuhr. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich wünsche eine verminderte Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | | |

Künstliche Beatmung

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | JA | NEIN |
| • Ich wünsche eine künstliche Beatmung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich wünsche keine künstliche Beatmung, aber die Linderung von Atembeschwerden mit Medikamenten und pflegerischen Methoden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | | |

Wiederbelebungsmaßnahmen

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | JA | NEIN |
| • Ich wünsche Wiederbelebungsmaßnahmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | | |

3. Ich wünsche eine Sterbebegleitung

- durch einen/den Hospizdienst
- durch einen/den Seelsorger
- durch

4. Ich besitze einen Organspendeausweis

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | JA | NEIN |
| Dieser befindet sich bei/in: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| | | |
| | | |

5. Sonstiges

.....

.....

.....

.....

	JA	NEIN
Zusätzlich zu dieser Patientenverfügung habe ich eine Vorsorgevollmacht erstellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe den Inhalt dieser Patientenverfügung mit folgender von mir bevollmächtigten Person ausführlich besprochen:

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Ich habe eine Betreuungsverfügung erstellt. JA NEIN

Diese befindet sich bei/in:

.....
.....
.....
.....

Weitere erklärende Bestandteile dieser Verfügung sind:

- Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen
- Eine Ergänzung aufgrund einer bestehenden schweren Krankheit.

Diese Patientenverfügung habe ich nach sehr sorgfältigen Überlegungen erstellt. Sie gilt als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Diese Patientenverfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass

Familiennamc:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

die Patientenverfügung vom (Datum) im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen Kräfte verfasst hat und einsichtsfähig ist.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

Ergänzung aufgrund einer bestehenden schweren Krankheit

(Dieses Formular muss zusammen mit Ihrem behandelnden Arzt ausgefüllt werden.)

Diagnose:

.....
.....
.....

Eventuelle Komplikationen	Vom Patienten erwünschte Behandlung

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten

.....
Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin