

I. Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann, verfüge ich:

An mir sollen keine lebensverlängernden Maßnahmen vorgenommen werden, wenn nach bestem ärztlichen Wissen und Gewissen festgestellt wird, dass jede lebenserhaltende Maßnahme ohne Aussicht auf Besserung ist und mein Sterben nur verlängern würde.

Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Beschwerden, wie z. B. Schmerzen, Unruhe, Angst, Atemnot oder Übelkeit, gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendige Schmerztherapie eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist.

Ich möchte in Würde und Frieden sterben können, nach Möglichkeit in Nähe und Kontakt mit meinen Angehörigen und nahe stehenden Personen und in meiner vertrauten Umgebung.

Raum für ergänzende Verfügungen:

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

Für weitere Ergänzungen bitte gesondertes Blatt beilegen.

II. Vorsorgevollmacht

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann, bevollmächtige ich hiermit als Person meines besonderen Vertrauens:

Name:.....
Geburtsdatum:.....
Straße:.....
Wohnort:.....
Telefon/Mobil:.....

Die bevollmächtigte Person soll an meiner Stelle alle erforderlichen Entscheidungen über meine ärztliche Behandlung treffen und sie mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin absprechen. Sie soll daher vor allem meine Wünsche und Vorstellungen, die ich in der Patientenverfügung niedergelegt habe, berücksichtigen.

Sie darf die Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Zu diesem Zweck entbinde ich alle meine behandelnden Ärzte und das nichtärztliche Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht.

Sie darf auch sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in ärztliche Eingriffe und in Heilbehandlungen einwilligen, diese ablehnen oder deren Abbruch bestimmen, auch wenn ich an einer solchen Behandlung sterben oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 BGB).

Die bevollmächtigte Person darf an meiner Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. das Anbringen von Bauchgurten und Bettgittern oder die Gabe von Medikamenten u.Ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung entscheiden, solange dies zu meinem Wohle erforderlich ist (§ 1906 BGB).

Ersatz-Bevollmächtigung

Sollte die oben genannte Person an der Ausübung der Vollmacht verhindert sein, bevollmächtige ich an deren Stelle:

Name:.....
Geburtsdatum:.....
Straße:.....
Wohnort:.....
Telefon/Mobil:.....

III. Betreuungsverfügung

Sollte eine Betreuung notwendig werden, dann soll die Patientenverfügung als Betreuungsverfügung gelten. In Ihr habe ich bestimmt, was ich für meine Behandlung und Versorgung wünsche. Sie ist als Ausdruck meines Willens für Vormundschaftsgericht und Betreuer bzw. Betreuerin verbindlich.

Als Betreuer bzw. Betreuerin soll bestellt werden:

Name:.....
Geburtsdatum:.....
Straße:.....
Wohnort:.....
Telefon/Mobil:.....

Ich wünsche, dass folgende Person nicht bestellt wird:

Name:.....
Geburtsdatum:.....
Straße:.....
Wohnort:.....
Telefon/Mobil:.....

IV. Unterschriften

Ich unterschreibe diese Verfügungen nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird.

Name:.....
Geburtsdatum:.....
Straße:.....
Wohnort:.....
Telefon/Mobil:.....

Ort/Datum:.....
Unterschrift:.....

V. Bestätigung

Diese Erklärung wird von mir in vollem Umfang erneut bestätigt (etwa alle 1-2 Jahre):

Ort	Datum	Unterschrift

Faltkarte (zum Ausschneiden und zur Aufbewahrung bei den Ausweispapieren):

Für den Fall, dass ich Name:..... Geburtsdatum:..... Straße:..... Wohnort:..... Telefon/Mobil:.....	meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann, ein Formular einer Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung [] bei meinen persönlichen Unterlagen [] das Zweitexemplar bei meiner bevollmächtigten Person [] Kopien bei Angehörigen [] bei meinem Arzt/Ärztin des Vertrauens [] beim Vormundschaftsgericht in hinterlegt. Ort/Datum Unterschrift
---	--