

# Patientenverfügung

Name:  
Geb.  
Wohnort:

Vorname:  
Geburtsort:  
Straße:

Falls ich in einen Zustand gerate, in dem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiderruflich verloren habe, verfüge ich, daß man auf Maßnahmen verzichtet, die nur ein Sterbens- und Leidensverlängerung zur Folge haben. Mein Leben soll in Stille und Würde enden.

Auf jeden Fall erwarte ich aber, daß eine ausreichende Schmerzbehandlung vorgenommen wird, auch wenn sich mein Leben dadurch verkürzen sollten. Ich möchte mit Sicherheit eine Amputation der Extremitäten bei Durchblutungsstörungen untersagen.

Für jeweilige Probleme, die eine Entscheidung über das weitere Vorgehen erfordern, verlange ich, daß die verantwortlichen Ärzte mit folgenden Personen und folgenden Ärzten meines Vertrauens Rücksprache nehmen. Die verantwortlichen Ärzte sind ihnen gegenüber von der Schweigepflicht entbunden.

Name

Adresse

Tel.

Unterschrift

---

---

---

Sollte ich eines gesetzlichen Vormunds bedürfen, wünsche ich, daß folgende Person dafür eingesetzt wird:

---

Mit der obigen Unterschrift bestätigen diese Personen, daß sie von meiner Patientenverfügung Kenntnis genommen haben, und daß ich diesen letzten Willen in Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und unabhängig von Einflüssen Dritter unterschrieben habe.

Unterschrift

Datum: