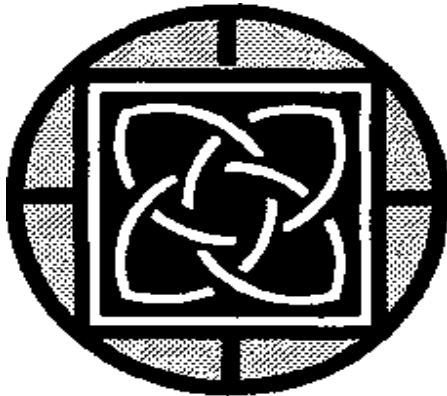


Ökumenischer Hospizverein

Ärzteschaft Untertaunus

Bad Schwalbach-Schlungenbad e.V



In Würde leben – bis zuletzt

Wenden Sie sich vertrauensvoll an den
Ökumenischen Hospizverein
Bad Schwalbach und Schlungenbad e.V.
Tel: 06124. 508888

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Straße, Ort, Telefon)

Infolge einer schweren gesundheitlichen Beeinträchtigung meinen Willen nicht mehr bilden kann oder nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen verständlich zu äußern, verfüge ich:

Es sollen Maßnahmen unterbleiben, die mein Leiden unnötig verlängern, wenn durch mindestens zwei Ärzte folgendes medizinisch eindeutig festgestellt ist:

- dass ich mich unabwendbar im Sterbeprozess befinde und jede lebenserhaltende Therapie das Sterben oder Leiden ohne Aussicht auf Besserung verlängern würde
- oder dass keine Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins besteht
- oder aufgrund von Krankheit oder Unfall ein schwerer Dauerschaden des Gehirns zurückbleibt
- oder es zu einem nicht behandelbaren und dauerhaften Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt.

Allgemeine Verfügungen:

Meine persönliche Einstellung zu Sterben und Tod ist:
(religiöse oder weltanschauliche Beweggründe, z.B. „auf Grund meiner religiösen Einstellung akzeptiere ich den natürlichen Tod, wenn keine Hilfe mehr möglich ist. Ich wünsche alle Maßnahmen, die mein Leiden lindern, aber nicht verlängern“)

Falls ich in ein Koma falle, bestimme ich (eine zeitliche Begrenzung?
Soll eine lebensbedrohliche Zweiterkrankung behandelt werden?):

Konkrete Verfügungen (im Falle einer Krankheit, vor einer Operation)

Wenn eine oder mehrere der vorgenannten Voraussetzungen gegeben sind, sollen die folgenden von mir selbst nachstehend eingetragenen medizinischen Maßnahmen **nicht** durchgeführt werden: (z. B. dauerhafte künstliche Beatmung, Wiederbelebung, Bluttransfusion, künstliche Niere, künstliche Ernährung (Magensonde, venöse Zugänge), über die Durstlöschung hinausgehende Flüssigkeitszufuhr)

Die **nicht** gewünschten Maßnahmen bitte **handschriftlich** in die Leerzeilen eintragen.

Folgende Behandlungen lehne ich **grundsätzlich** ab:

Ausgenommen ist die Einweisung in eine Palliativstation zur Linderung belastender Symptome (ggf. bitte ankreuzen)

Behandlung und Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Schmerzen, Unruhe, Angst und andere mein Wohlbefinden beeinträchtigende Symptome gerichtet sein, selbst wenn durch notwendige Schmerzbehandlung eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist. **Aktive Sterbehilfe lehne ich jedoch ab.** Ich möchte in Würde und Frieden sterben können, nach Möglichkeit in meiner vertrauten Umgebung und im Kontakt mit den mir nahe stehenden Personen.

Ich wünsche seelsorgerischen Beistand ja nein (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Datum:

Unterschrift:

Organspende:

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Falls für die Organspende ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden müssen, die ich in dieser Patientenverfügung ausgeschlossen habe, geht meine Bereitschaft zur Organspende vor.

Ein Organspendeausweis liegt vor

Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Ich wünsche, dass folgende Personen umgehend verständigt werden:
(Namen, Adresse, Telefon/Mobiltelefon)

Um diese Patientenverfügung durchzusetzen, bevollmächtige ich als meine

Vertrauensperson

und als Vertreter/in

(Name, Vorname)

(Name, Vorname)

(Straße, Ort)

(Straße, Ort)

(Telefon/Mobiltelefon)

(Telefon/Mobiltelefon)

Entbindung von der Schweigepflicht: Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte gegenüber meinen bevollmächtigten Vertrauenspersonen von der Schweigepflicht.

Diese Patientenverfügung einschließlich Vollmacht kann ich jederzeit ohne besondere Form ändern oder widerrufen.

Ich bin mir der Tragweite dieser Verfügung, verbunden mit der erteilten Vollmacht bewusst und habe mich über die rechtlichen und medizinischen Folgen informiert. Alle Erklärungen wurden von mir freiwillig und unbeeinflusst abgegeben.

Ort und Datum

Unterschrift

erneuert:

.....

erneuert:

.....

Erklärung des Hausarztes (freiwillig):

Herr/Frau _____

Name, Vorname, Geburtsdatum

Der vorstehend genannte Patient hat diese Patientenverfügung vorgelegt.
An seiner Urteilsfähigkeit bestehen keine Zweifel.

Datum und Stempel

Unterschrift des Hausarztes