



Patientenverfügung

Mit dieser Patientenverfügung lege ich fest, welche medizinischen Maßnahmen ich wünsche oder ablehne, falls ich aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalls meinen Willen nicht mehr selbst äußern kann. Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte sollen diese Festlegungen bei allen medizinischen Entscheidungen berücksichtigen.

1. Persönliche Angaben

Name	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
Krankenversicherung	
Hausärztin / Hausarzt	

2. Grundsätzliche Behandlungsziele

- Ich wünsche alle medizinisch möglichen Maßnahmen zur Lebensverlängerung.
- Ich wünsche Behandlungen nur bei realistischer Aussicht auf akzeptable Lebensqualität.
- Ich wünsche vorrangig Maßnahmen zur Linderung von Schmerzen und Beschwerden (palliative Behandlung).
- Ich lehne lebensverlängernde Maßnahmen ohne Aussicht auf Besserung ab.

3. Medizinische Situationen

<input type="checkbox"/>	Unheilbare, fortschreitende Erkrankung im Endstadium
<input type="checkbox"/>	Schwere Hirnschädigung ohne Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins
<input type="checkbox"/>	Schwere Demenz mit vollständiger Pflegebedürftigkeit
<input type="checkbox"/>	Dauerhafte Abhängigkeit von intensivmedizinischen Maßnahmen ohne Aussicht auf Besserung
<input type="checkbox"/>	Endstadium einer chronischen Erkrankung

4. Entscheidungen zu medizinischen Maßnahmen

Reanimation (Wiederbelebung)		
Künstliche Beatmung		
Künstliche Ernährung (Sonde)		
Dialyse (Blutwäsche)		
Intensivmedizinische Behandlung		
Operationen in kritischen Situationen		

5. Schmerzbehandlung und palliative Versorgung

Ich wünsche in jedem Fall eine angemessene Behandlung von Schmerzen, Angst, Luftnot und anderen belastenden Beschwerden. Eine palliative Behandlung soll auch dann erfolgen, wenn sie möglicherweise eine Verkürzung meiner Lebenszeit zur Folge haben könnte.

6. Organspende

- Ich bin mit einer Organspende einverstanden.
- Ich lehne eine Organspende ab.
- Ich habe einen separaten Organspendeausweis.

7. Vertrauensperson / Bevollmächtigte Person

Name	
Telefon	
Adresse	
Beziehung	

8. Persönliche Wünsche und Hinweise

Ort, Datum	
Unterschrift der verfügenden Person	
Unterschrift Zeuge	
Bestätigung durch Ärztin / Arzt (optional)	

Diese Patientenverfügung sollte regelmäßig überprüft und bei Bedarf aktualisiert werden.