

Ich, [Vor- und Nachname], geboren am [Geburtsdatum], wohnhaft in [Adresse], ver fasse hiermit meine Patientenverfügung. Für den Fall, dass ich aufgrund einer schweren Erkrankung, eines Unfalls oder einer fortschreitenden geistigen oder körperlichen Einschränkung nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äußern, lege ich hiermit fest, welche medizinischen Maßnahmen ich wünsche oder ablehne.

1. Allgemeine Bestimmungen

Es ist mein Wunsch, dass die nachfolgenden Verfügungen von Ärzten, Pflegepersonal und meinen Angehörigen respektiert und umgesetzt werden. Meine Wünsche sollen vorrangig zu allen medizinischen und pflegerischen Maßnahmen berücksichtigt werden.

2. Lebensverlängernde Maßnahmen

Ich möchte, dass auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet wird, wenn:

- ich mich in einem Endstadium einer unheilbaren Krankheit befinde, bei der nach ärztlichem Ermessen keine Aussicht auf Besserung besteht.
- ich irreversibel bewusstlos bin und nach ärztlichem Urteil keine Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins besteht.
- ich an einer schweren, fortschreitenden Hirnerkrankung leide, die mich dauerhaft in einen Zustand völliger Abhängigkeit von Pflege und Unterstützung versetzt, ohne Aussicht auf Besserung.

In diesen Fällen wünsche ich keinen Einsatz von Geräten zur künstlichen Beatmung, keine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr sowie keine Wiederbelebungsmaßnahmen (Reanimation).

3. Schmerzbehandlung und Palliativversorgung

Unabhängig von den oben genannten Fällen wünsche ich eine umfassende Schmerz- und Symptomlinderung. Sollte dies zur Verkürzung meines Lebens führen, nehme ich das in Kauf. Ich bitte um eine palliative Versorgung, um Schmerzen und Leiden möglichst zu lindern.

4. Wiederbelebung (Reanimation)

Falls mein Herz oder meine Atmung versagen und eine Wiederbelebung möglich wäre, wünsche ich **keine** Reanimation, sofern ich mich in einer der oben genannten Situationen befinde.

5. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

Ich wünsche, dass auf künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr verzichtet wird, wenn ich mich in einem unumkehrbar gesundheitlich schweren Zustand befinde, in dem eine Besserung nicht zu erwarten ist.

6. Organ- und Gewebespende

Ich erkläre mich bereit, Organe und Gewebe zu spenden, falls dies medizinisch möglich ist und mein Tod eindeutig festgestellt wurde. Ich möchte jedoch nicht künstlich am Leben erhalten werden, nur um Organe zu spenden.

7. Vertrauenspersonen

Ich habe [Name der Vertrauensperson], geboren am [Geburtsdatum], wohnhaft in [Adresse], als meine Vertrauensperson benannt. Diese Person ist befugt, in meinem Namen Entscheidungen zu treffen, die meinem Willen entsprechen und diese Patientenverfügung umsetzen sollen.

Ort, Datum, Unterschrift