



01. 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!

02. VORSORGEVOLLMACHT

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

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße · Nummer

PLZ · Wohnort

Telefon

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.

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.

_____	_____	_____
<i>Name</i>	<i>Vorname</i>	<i>Geburtsdatum</i>
_____	_____	_____
<i>Straße · Nummer</i>	<i>PLZ · Wohnort</i>	<i>Telefon</i>
_____	_____	_____
<i>Datum</i>	<i>Ort</i>	<i>Unterschrift</i>

V. BESTÄTIGUNG

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

_____	_____	_____
<i>Datum</i>	<i>Ort</i>	<i>Unterschrift</i>
_____	_____	_____
<i>Datum</i>	<i>Ort</i>	<i>Unterschrift</i>
_____	_____	_____
<i>Datum</i>	<i>Ort</i>	<i>Unterschrift</i>
_____	_____	_____
<i>Datum</i>	<i>Ort</i>	<i>Unterschrift</i>

VI. FALTKARTE

Bitte ausschneiden und bei den Ausweispapieren aufbewahren!



VOLLMACHT PATIENTEN- & BETREUNGSVERFÜGUNG	Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann habe ich meine Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung hinterlegt.
_____	<input type="radio"/> bei meinen persönlichen Unterlagen
<i>Name · Vorname</i>	<input type="radio"/> das Zweitexemplar bei meiner bevollmächtigten Person
_____	<input type="radio"/> Kopien bei Angehörigen
<i>Geburtsdatum</i>	_____
_____	<input type="radio"/> bei meinem Arzt/Ärztin des Vertrauens
<i>Straße</i> _____ <i>PLZ · Ort</i>	_____
_____	<input type="radio"/> beim Vormundschaftsgericht
<i>Telefon</i> _____ <i>Handy</i>	

<i>Datum</i> _____ <i>Unterschrift</i>	