

Für den Fall, dass ich

Vorname – Name (ggf. Geburtsname)	
Geburtsdatum	Geburtsort / Geburtsland
Straße - Hausnummer	Plz - Ort
Telefon / Mobil / Fax	eMail

nicht mehr in der Lage sein sollte, meine persönlichen Angelegenheiten selbst zu regeln, verfüge ich im jetzigen Vollbesitz meiner geistigen Kräfte:

Wenn bei schwerstem körperlichen Leiden, Dauerbewusstlosigkeit oder fortschreitendem geistigen Verfall keine Aussicht mehr auf Besserung im Sinne eines für mich erträglichen und umweltbezogenen Lebens besteht,

- sollen an mir keine lebenserhaltenden Maßnahmen (z.B. Wiederbelebung, Beatmung, Dialyse, Bluttransfusion, Medikamente) vorgenommen werden bzw. bereits begonnene abgebrochen werden. Ja Nein
- wünsche ich keine Ernährung durch Magensonde oder Magenfistel, ggf. auch keine Flüssigkeitszufuhr. Ja Nein
- wünsche ich keine Antibiotikagabe bei fieberhaften Begleitinfekten. Ja Nein
- wünsche ich weitestgehend Beseitigung von Begleitsymptomen, insbesondere von Schmerzen; eine damit verbundene Lebensverkürzung nehme ich in Kauf. Ja Nein
- wünsche ich mir persönlichen Beistand durch: Ja Nein
- wünsche ich mir geistlichen Beistand durch: Ja Nein
- wünsche ich, dass mein Hausarzt verständigt wird: Ja Nein
- bin ich mit einer Obduktion zur Befundklärung einverstanden. Ja Nein
- bin ich mit einer Organentnahme zum Zweck der Transplantation einverstanden, mit Ausnahme folgender Organe. Ja Nein

Ort, Datum	Unterschrift Verfügende / Verfügender

Die Verfügende/Der Verfügende wurde von mir beraten und ich bestätige, dass diese/dieser diese Patientenverfügung im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfasst hat.

Ort, Datum	Unterschrift / Stempel Ärztin / Arzt