Änderungen / Notizen:

Ich habe den Inhalt der Patientenverfügung erneut überprüft und bestätige, dass dieser weiterhin mein Wille ist:

Ort, Datum und Unterschrift	Ort, Datum und Unterschrift
Ort, Datum und Unterschrift	Ort, Datum und Unterschrift
Ort, Datum und Unterschrift	Ort, Datum und Unterschrift
Ort, Datum und Unterschrift	Ort, Datum und Unterschrift
Ort, Datum und Unterschrift	Ort, Datum und Unterschrift
Ort, Datum und Unterschrift	Ort, Datum und Unterschrift
Ort, Datum und Unterschrift	Ort, Datum und Unterschrift
Ort, Datum und Unterschrift	Ort, Datum und Unterschrift
Ort, Datum und Unterschrift	Ort, Datum und Unterschrift
Ort, Datum und Unterschrift	Ort, Datum und Unterschrift

Inhalt und Nachdruck sind urheberrechtlich geschützt!

Informationen

Die „Patientenverfügung“ dokumentiert den Willen eines Patienten für den Fall, dass er sich nicht mehr äußern kann.

Diese richtet sich an Ärzte und ist ein gewichtiges Indiz für den mutmaßlichen Willen des Patienten bezüglich der medizinischen Behandlung, Behandlungsbegrenzung und Pflege bei schwersten und aussichtslosen Erkrankungen (z. B. bei nicht umkehrbarer Bewusstlosigkeit, schwerer Dauerschädigung des Gehirns, einer mit Sicherheit zum Tode führenden Krankheit).

Der behandelnde Arzt ist an eine Patientenverfügung gebunden und hat den darin niedergelegten Willen des Patienten zu beachten.

Nur wenn berechtigte Zweifel an der Wirksamkeit des geäußerten Willens bestehen, ist der Arzt gehalten, das Vormundschaftsgericht einzuschalten.

So kann dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten möglichst weitgehend Rechnung getragen werden.

Lassen Sie sich Ihre Patientenverfügung von mehreren Personen bezeugen.

Diese können dann immer bestätigen, dass Sie diese Verfügung im Vollbesitz Ihrer geistigen Kräfte verfasst haben.

Je konkreter und für die jeweilige Behandlungssituation aussagekräftiger die Verfügung ist, um so mehr kann sie eine verantwortungsvolle Entscheidung der behandelnden Ärzte und deren Beteiligten unterstützen.

Die zeitliche Nähe zur aktuellen Behandlungssituation ist wichtig, weshalb eine regelmäßige Erneuerung der Unterschrift bei der Patientenverfügung sehr empfohlen wird.

Dies unterstützt die Glaubwürdigkeit und Ernsthaftigkeit.

Reden Sie mit Ihrem Hausarzt über Ihre Überlegungen und hinterlegen Sie die Verfügung bei Ihren dortigen Unterlagen.

Eine bestätigende Unterschrift Ihres Hausarztes wird ebenso die Ernsthaftigkeit unterstreichen.

Bei der Erstellung der Patientenverfügung ist eine Beratung durch einen spezialisierten Rechtsanwalt zu empfehlen, den wir im Rahmen unserer Tätigkeit gern vermitteln können.

Patientenverfügung

Georg Hartl Bestattungen GmbH
Beilhackstrasse 9, D-83209 Prien am Chiemsee
Telefon (0 80 51) 90 68 - 0, Telefax (0 80 51) 90 68 20

info@hartl-bestattungen.de
www.hartl-bestattungen.de

Patientenverfügung

GEORG HARTL® BESTATTUNGEN GMBH
Qualifiziertes Bestattungsunternehmen 0830 Bestattermeister

Verfügender

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ / Wohnort

Für den Fall, dass ich durch

Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände zur Bildung oder Äußerung meines Willens nicht mehr in der Lage bin, erkläre ich hiermit, dass ich im Falle

- Irreversibler Bewusstlosigkeit
- Schwerer dauerhafter Schädigung des Gehirns
- Unheilbarer tödlicher Krankheit auch bei nicht voraussehbarem Todeszeit des Sterbeprozesses

mit einer Reanimation und bloßen Verlängerung meines Sterbens nicht einverstanden bin.

Wenn in einer solchen Situation durch ärztliche Maßnahmen nicht mehr erreicht werden kann als eine Verlängerung des Sterbevorganges oder eine Verlängerung des Leidens, verweigere ich diese hiermit ausdrücklich.

Sollten Diagnose und Prognose von mindestens zwei Fachärzten ungeachtet der Möglichkeit einer Fehldiagnose ergeben, dass meine Krankheit in absehbarer Zeit zum Tode führen wird, verweigere ich weitere diagnostische Eingriffe.

Sollte ich eine Hirnverletzung oder eine Gehirnerkrankung haben, durch die meine normalen geistigen Funktionen schwerwiegend irreparabel geschädigt worden sind, so bitte ich um Einstellung der Therapie.

Diese Erklärung stellt keinen allgemeinen Verzicht auf die mir zustehende ärztliche Behandlung dar. Sie beschränkt vielmehr meine Einwilligung in die ärztliche Behandlung auf eine Linderung von Leiden und Beschwerden (palliative Maßnahmen), was auch intensivtherapeutische Verfahren einschließen kann (z. B. palliative Chemotherapie oder Bestrahlung).

Über die medizinische Situation und rechtliche Bedeutung einer solchen Erklärung habe ich mich ausführlich informiert.

❑ Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, frei und ohne Zwang, erkläre ich hiermit für die oben beschriebenen Notsituationen.

❑ Ich lehne auch im Falle eines Wachkomas oder ähnlicher Situationen die dauernde künstliche Ernährung über eine Magensonde ab.

❑ Ich lehne künstliche Beatmung ab, es sei denn, es wäre zu erwarten, dass dies nur vorübergehend notwendig ist.

❑ Ich möchte überhaupt nicht künstlich beatmet werden. Ich bin mir bewusst, dass ich damit eine Organspende ausschließe.

❑ Ich wünsche eine umfassende Schmerztherapie sowie alle lindernden Maßnahmen, z. B. Mittel gegen Durst, Erbrechen, Unruhe, ohne Rücksicht auf eventuelle Nebenwirkungen (Abhängigkeit, Lebensverkürzung).

❑ Ich bin zur Organspende bereit, bejahe also in dem Zusammenhang lebenserhaltende Maßnahmen bis zu 3 Tage.

Erklärung zur Organ- und Gewebespende

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/ Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

❑ JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder ❑ JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:

oder ❑ JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

oder ❑ NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder ❑ über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name / Vorname

Strasse / PLZ und Wohnort

Telefon

Ort, Datum und Unterschrift Verfügender

Weitere Verfügungen:

❑

Bestätigung des 1. Zeugen

Hiermit bestätige ich,

Name / Vorname

Strasse

PLZ und Wohnort

Telefon

dass Herr oder Frau

Name / Vorname

beim Aufsetzen dieser Patientenverfügung im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen Kräfte handelte.

Ort, Datum und Unterschrift 1. Zeuge

Bestätigung des 2. Zeugen

Hiermit bestätige ich,

Name / Vorname

Strasse

PLZ und Wohnort

Telefon

dass Herr oder Frau

Name / Vorname

beim Aufsetzen dieser Patientenverfügung im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen Kräfte handelte.

Ort, Datum und Unterschrift 2. Zeuge

Bestätigung des behandelnden Arztes

Hiermit bestätige ich,

Name / Vorname

Strasse

PLZ und Wohnort

Telefon

dass ich als behandelnder Arzt (Hausarzt) für Herr oder Frau

Name / Vorname

beim Aufsetzen dieser Patientenverfügungverfügung medizinsch beratend mitgeholfen habe.

Ort, Datum und Unterschrift Arzt

Die Patientenverfügung gilt nur, wenn der oder die Bevollmächtigte das Original dieser Verfügung vorlegen kann.

Ort, Datum und Unterschrift Verfügender

Die Verfügung stets aktuell zur Behandlungssituation auf den Inhalt Ihres Willens überprüfen und durch Ihre Unterschrift erneut auf die Richtigkeit des Inhalts bestätigen (siehe Rückseite des Formulars).

Inhalt und Nachdruck sind urheberrechtlich geschützt!