


*) = Nichtzutreffendes streichen!

Verfügende-r¹⁾ (Name, Vorname-n, ggf. Geburtsname, Geb.-Dat., Anschrift):

PLZ, Ort, Datum:
61197 Florstadt,
HESSEN
 **Patientenverfügung¹⁾**

gem. § 1901a,b BGB auf Grundlage und mit Bindungswirkung der neuen gesetzlichen Regelung über Wirksamkeit und Reichweite von Patientenverfügung zur Stärkung der Patientenautonomie.

Wenn ich

- durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände zur Bildung oder Äußerung meines Willens unwiederbringlich nicht mehr in der Lage sein werde, dass ich bei irreversibler Dauerbewusstlosigkeit (Koma), schwerster Dauerschädigung des Gehirns oder des andauernden Ausfalls lebenswichtiger Funktionen meines Körpers, mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde,
- mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen/Ärzte (ungeachtet der Möglichkeit einer Fehldiagnose) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist oder unweigerlich zum Tode führen wird, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist - dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen; - es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist,
- infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zunehmen,

so erkläre ich für vorgenannte Fälle^{*)}, dass ich eine Reanimation und weitere diagnostische Eingriffe mit den Mitteln der Intensivtherapie und medizinisch basierte Verlängerungen meines Lebens mit Hilfe apparativer Maßnahmen - Wiederbelebung, Beatmung, Dialyse, Bluttransfusion, Ernährung z.B. mittels Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge, wiederbelebende Medikamente und vergleichbare Maßnahmen und alle lebenserhaltenden Maßnahmen, die nicht mehr erreichen können als eine Verlängerung des Sterbevorganges, hiermit ausdrücklich ablehne. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie für mich erträgliche menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

- In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel^{*)}.
- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Bewusstseins dämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung^{*)}.
- Maßnahmen zur Pflegeerleichterung (z.B. Portsysteme zur Medikamentengabe, Katheter oder Sonden) sollen nur dann getroffen werden, sofern sie mein Leiden nicht verlängern oder verschlimmern^{*)}.
- An meinen behandelnden Arzt ergeht die Bitte, mir ausreichend angst- und/ oder Schmerz bekämpfende Mittel zu verabreichen, um unerträgliche Schmerzen zu lindern, auch unter dem evtl. Begleitumstand einer vom Arzt nicht beabsichtigten Bewusstseinsbeschränkung, Suchtwirkung oder Beschleunigung des Sterbevorganges.
- Ich wünsche auch mit neuen Methoden und Medikamenten behandelt zu werden, die sich noch in der klinischen Erprobung befinden^{*)}.
- Ich akzeptiere fremde Gewebe und Organe^{*)}. Ich bin mit einer Organspende ausdrücklich -nicht- einverstanden^{*)}.
- Ich trage einen Hinweis, wo die Patientenverfügung aufbewahrt wird, in Form eines Ausweises im Checkkartenformat stets bei mir^{*)}.
- Die auf S. 2 genannte-n Person-en meines Vertrauens wird/ werden hiermit ausdrücklich v. mir befugt, in Gemeinschaft von zwei Personen, übereinstimmende Entscheidungen in Bezug auf meine medizinische Behandlung in meinem in dieser Erklärung geäußerten Sinne zu treffen, wenn ich selbst dazu nicht mehr in der Lage sein sollte^{*)}.
- Eine beglaubigte Ausfertigung dieser Erklärung erhält/ erhalten die gleichfalls unterzeichnende-n/ nach genannte-n Person-en meines Vertrauens^{*)}.

Ich erkläre ausdrücklich, dass diese Verfügung keine Einwilligung zur aktiven Sterbehilfe, d.h. zur beabsichtigten und gezielten Herbeiführung meines Todes, darstellt.

Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Für die hier bezeichneten Krankheitsfälle stellt diese Patientenverfügung meine Einwilligung ausschließlich zu den genannten ärztlichen Maßnahmen dar. Zu Maßnahmen, die dieser Verfügung widersprechen, erkläre ich ausdrücklich die Verweigerung meiner Zustimmung.

Ergänzungstext:

Bezüglich der Vorsorge und Betreuung sollen auch die von mir abgegebene > Vorsorgevollmacht <

vom , sowie die > Betreuungsvollmacht < vom Berücksichtigung und Anwendung finden.

Patientenverfügung – Fortsetzung von Seite 1

Evtl. Fortsetzung Ergänzungstext:

- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte -.Namen und Unterschrift der/ des Vollmachtgeber-s-in^{*)}Namen und Unterschrift der/ des 1.Haupt-Bevollmächtigten^{*)}Namen und Unterschrift der/ des 2. Bevollmächtigten^{*)}Namen und Unterschrift der/ des 3. Bevollmächtigten^{*)}**Patientenverfügung – Unterschriftsbeglaubigung**

Unterschriftsbeglaubigung durch das Ortsgericht:

Tagebuch-Nr.:

Ortsgericht FlorstadtOrtsgerichtsvorsteher Torsten Lux, -Nieder-Florstadt-
Hof Birkensee 1, **61197 Florstadt**Die/ Der (Name-n, Anschrift) – mir persönlich bekannte-n – wie im Folgenden ausgewiesene-n^{*)}:

Name-n, PLZ, Wohnort, Straße, H.-Nr.– ausgewiesen durch:

hat/ haben die umseitige-n/ vorstehende-n Unterschrift-en - vor mir - vollzogen. Sie wird/ werden hiermit als von ihr/ ihm/ ihnen vollzogen von mir anerkannt und **öffentlich beglaubigt**. - Es waren keine Gründe erkennbar, am Vollbesitz ihrer/ seiner geistigen Kräfte zu zweifeln/ die Beglaubigung zu versagen.^{*)}

PLZ, Ort, Datum:

61197 Florstadt, _____

D.S.

Gebühr

Nr.1 Geb.-Verz. (gem.§1 GBO)

EUR

Auslagen

EUR

Zusammen

EUR

Ortsgerichtsvorsteher Torsten Lux
Unterschrift Ortsgerichtsvorsteher-in/ -Stellvertreter-in^{*)}^{*)} = Nichtzutreffendes streichen!

Ortsgericht Florstadt