



**ÄRZTEKAMMER
HAMBURG**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Patientenverfügung

Ich,, geb. am, wohnhaft in

treffe schon jetzt für die letzte Phase meines Lebens folgende Verfügung:

Ich verfüge gegenüber meinen Ärzten, dem Alten- oder Pflegeheim, in dem ich im entscheidenden Zeitpunkt ggf. wohne, sowie gegenüber jedem, der sonst Entscheidungen über meine Person zu treffen hat, folgendes:

Ich wünsche einen menschenwürdigen Tod und bitte meine Ärzte, Angehörigen und Pfleger, mir dabei beizustehen.

Für den Fall, dass bei mir eine schwere, irreversible Schädigung lebenswichtiger Organe, insbesondere des Gehirns, eintritt, die mir nach übereinstimmender Überzeugung der behandelnden Ärzte ein Leben bei Bewusstsein unmöglich machen wird, wünsche ich keine weiteren intensiv-medizinischen Maßnahmen, die mein Leben verlängern. Dies schließt ausdrücklich die künstliche Beatmung, künstliche Ernährung insbesondere über Sonde (z.B. PEG) sowie die Gabe lebenserhaltender Medikamente ein.

Ein solcher Zustand, der eine Heilung oder zumindest Verbesserung meines Gesundheitszustandes ausschließt, ist anzunehmen, wenn mindestens zwei Fachärzte unabhängig voneinander zu diesem Urteil gelangen und keine abweichende ärztliche Prognose eines behandelnden Arztes vorliegt.

Wenn ich an einer schweren Erkrankung leide, die nach ärztlichem Ermessen unabwendbar zum Tode führen wird und mir starke Schmerzen bereitet, verlange ich, mir Medikamente zu verabreichen, die mich von Schmerzen und großer Belastung befreien, auch wenn dadurch mein Tod voraussichtlich früher eintreten wird.

Ich gebe diese Erklärung nach sorgfältiger Überlegung und in der vollen Verantwortung für mich selbst ab. Für den Fall, dass ich aufgrund von Bewusstlosigkeit oder anderen körperlichen Beeinträchtigungen nicht mehr in der Lage sein werde, über meine persönlichen Belange zu entscheiden, soll diese Erklärung als Bekundung meines ausdrücklichen Willens gelten.

Diese Verfügung bitte ich, meinen behandelnden Ärzten zugänglich zu machen. Zu Maßnahmen, die dieser Verfügung widersprechen, verweigere ich ausdrücklich meine Zustimmung.

Wenn für mich ein Betreuer bestellt wird, soll diese Erklärung als Betreuungsverfügung gelten, d. h. die hier festgelegten Verfügungen sollen sich dann an den Betreuer richten.

Mein behandelnder Arzt ist berechtigt, folgenden Personen Auskunft über meinen gesundheitlichen Zustand zu geben und ist insoweit von der Schweigepflicht entbunden:

Name

Anschrift

(ggf.: Folgende Person hat von mir eine gesonderte Vorsorgevollmacht erhalten, die auch die Umsetzung dieser Patientenverfügung erfasst:

Name

Anschrift)

Diese Erklärung wurde von mir unterschrieben. Zwei Personen meines Vertrauens bezeugen durch ihre Unterschrift meine Willenserklärung.

Unterschrift:

Datum:

Name und Anschrift der Zeugen:

Unterschriften und Datum:

Zur späteren Bestätigung der Verfügung:

Im folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille nicht verändert hat:

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift