PATIENTENVERFÜGUNG

Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in

Im Vollbesitz meiner Entscheidungsfähigkeit errichte ich höchstpersönlich gemäß den §§ 8 ff PatVG folgende

Patientenverfügung:

Diese gilt für den Fall, dass ich im Behandlungszeitpunkt nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen selbst kundzutun. Ich möchte damit dem ärztlichen Personal eine Entscheidungshilfe mit einem entsprechenden Freiraum geben, weshalb ich keine „verbindliche“ Patientenverfügung verfasse.

Ausdrücklich aber halte ich fest, dass diese Anordnung bei der Ermittlung meines Willens als Patient zugrunde zu legen ist. Ich bin mir der Tragweite dieser Erklärung bewusst und ist mir bekannt, dass ich diese Verfügung jederzeit widerrufen kann.

Es geht mir darum, dass derzeit für mich die Einschätzung einer konkreten Krankheitssituation mit den Begleiterscheinungen und Folgen nicht möglich ist. Ich lehne aber jetzt schon nach reiflicher Überlegung jene medizinischen Maßnahmen ab, die einen eventuellen Leidenszustand bzw. die Sterbephase lediglich verlängern. Dies gilt für den Fall **einer aussichtslosen Prognose** welcher Art immer bzw. für den Fall eines Krankheitsbildes, bei welchem medizinische Möglichkeiten lediglich zu einem **Verzögern** des unabwendbaren Sterbevorganges führen. Dem Legen einer Ernährungssonde stimme ich nur dann zu, wenn berechtigte Aussicht auf eine Besserung des Leidenszustandes besteht.

Ich wünsche mir aber,

dass alles unternommen wird,

um meine Schmerzen zu lindern, um ein Erstickungsgefühl zu verhindern und um mir insgesamt ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

Ich stelle klar, dass ich unvermeidbare Nebenwirkungen bei den angeführten von mir gewünschten Maßnahmen in Kauf nehme, auch wenn damit **indirekt** eine nicht zu verhindernde Verkürzung der Endphase des Ablebens verbunden sein sollte. Eine **direkte** aktive Sterbehilfe lehne ich ab.

Ich will also nur so lange im Sinne der medizinischen Kunst kurativ behandelt werden, als begründete Aussicht auf eine Besserung meines Leidenszustandes besteht.

Fakultativ:

Sonstiges:

Fakultativ:

Ich ernenne folgende Vertrauensperson (-en), der/denen Auskunft ohne Rücksicht auf die Einhaltung der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht erteilt werden kann und die ihrerseits Auskunft über mich erteilen kann/können:

Name _____

Anschrift _____

Telefon/E-Mail _____

Im Verhinderungsfall:

Name _____

Anschrift _____

Telefon/E-Mail _____

Fakultativ:

Ich bekenne mich zur _____ Religion und bitte um eine entsprechende religiöse Begleitung.

Ort, Datum

Unterschrift