

PATIENTENVERFÜGUNG

Ich, [Vorname Nachname], geboren am [Geburtsdatum], wohnhaft in [Adresse], erstelle hiermit meine Patientenverfügung für den Fall, dass ich aufgrund von Krankheit oder Unfall nicht mehr in der Lage bin, selbst Entscheidungen bezüglich meiner medizinischen Versorgung zu treffen.

Behandlungswünsche: Sollte ich mich in einem Zustand befinden, in dem ich nicht mehr selbst entscheidungsfähig bin und meine Ärzte eine Entscheidung über meine medizinische Behandlung treffen müssen, bitte ich darum, dass folgende Wünsche berücksichtigt werden:

- a) Lebenserhaltende Maßnahmen: Ich wünsche keine lebenserhaltenden Maßnahmen, wenn diese meinen Zustand nicht verbessern oder wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren Krankheit befinde und mein Leben auf natürliche Weise beendet werden kann.
- b) Schmerz- und Symptomkontrolle: Ich bitte darum, dass alle notwendigen Schritte unternommen werden, um Schmerzen und andere Symptome, die meine Lebensqualität beeinträchtigen, zu lindern und zu kontrollieren.
- c) Palliative Care: Ich wünsche eine Palliative Care Behandlung, die darauf abzielt, meine Lebensqualität zu verbessern und mein Leiden zu lindern.

Vorausverfügung zur Organspende

Ich erkläre hiermit, dass ich im Falle meines Todes meine Organe und Gewebe zur Spende freigebe, sofern dies medizinisch möglich ist und meine Organe und Gewebe für eine Transplantation geeignet sind. Falls ich meine Organe und Gewebe nicht zur Spende freigebe, bitte ich um eine entsprechende Aufklärung durch die Ärzte.

Bestimmung einer Vertrauensperson. Ich benenne [Vorname Nachname] als meine Vertrauensperson für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, meine Entscheidungen selbst zu treffen. Diese Person ist bevollmächtigt, im Einklang mit dieser Patientenverfügung Entscheidungen bezüglich meiner medizinischen Versorgung zu treffen.

Widerruf und Aktualisierung

Ich behalte mir das Recht vor, diese Patientenverfügung jederzeit zu widerrufen oder zu aktualisieren. Ich werde meine Vertrauensperson und meine Familie über Änderungen informieren.

Gültigkeit

Diese Patientenverfügung bleibt in Kraft, solange ich nicht widerrufe oder eine aktualisierte Version erstelle.

[Ort, Datum, Unterschrift]