

Patientenverfügung
- vorsorgliche Willensbekundung und Vorsorgevollmacht -

Ich,

- geboren am in
- wohnhaft in

errichte hiermit im Vollbesitz meiner Urteilsfähigkeit und nach reiflicher Überlegung die folgende Verfügung. Sie hebt alle bisherigen Verfügungen auf und ist gültig bis auf Widerruf.

A Grundsätzliches

Ob und welche Therapien oder medizinischen Maßnahmen man am Ende des Lebens wünscht, ist eine Frage persönlicher Werte. Deshalb erkläre ich, dass ich römisch-katholischer Christ bin. **Im Zweifelsfall wünsche ich, dass alle Entscheidungen nach Massgabe der katholischen Glaubenslehre getroffen werden [siehe KKK 2276-2279].**

Weil ich an die Unsterblichkeit der Seele glaube und weil für mich im Blick auf meine Todesstunde die geistlichen Belange Priorität vor den medizinischen Belangen haben, **wünsche ich dringend und verfüge, dass in Todesgefahr rechtzeitig ein katholischer Priester zur Spendung der Sakramente gerufen wird.** Wenn möglich, wünsche ich die Sakramente bei vollem Bewusstsein zu empfangen.

Bevorzugt bitte ich um Benachrichtigung des folgenden Priesters:

Name:

Telefon:

Falls er nicht erreichbar ist, möge man irgendeinen anderen katholischen Priester rufen.

Ich weise alle mich behandelnden Personen an, nichts zu tun (oder zu unterlassen), um absichtlich meinen Tod herbeizuführen.

Von den mich behandelnden Personen erwarte ich, **dass sie mich offen und wahrheitsgetreu über meinen Zustand (Diagnose und Prognose) informieren,** insbesondere in akuter Lebensgefahr und im Fall hoher Wahrscheinlichkeit für mein baldiges Sterben.

B Medizinisches

Solange mein Körper Flüssigkeit und Nahrung zu verarbeiten vermag, soll mir weder Flüssigkeit noch Nahrung vorenthalten werden. Gegebenenfalls wünsche ich künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.

Die **meinem Zustand angemessene** medizinische Behandlung und Pflege sind zu gewährleisten, wenn sie zur Lebenserhaltung, Heilung, Besserung oder Erleichterung der Symptome meines Leidens (z. B. Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe) notwendig sind.

Auf jeden Fall sind alle **ordentlichen Maßnahmen** zu unternehmen, um Schmerzen zu lindern („Palliative Care“) und die **zur Basisbetreuung gehörende Pflege** zu gewährleisten.

Über die Anwendung von Maßnahmen, die nach allgemeiner Auffassung und entsprechend dem Stand der Medizin als **außerordentlich** eingestuft werden, entscheiden die von mir beauftragten entscheidungsbefugten Personen. **Wo Erfolg und Verhältnismäßigkeit solcher außerordentlichen Maßnahmen nach vernünftigem Urteil fraglich sind, bin ich einverstanden, wenn man darauf verzichtet.**

Zur **Organentnahme** und für jede Art von nichttherapeutischen Eingriffen **stehe ich nicht zur Verfügung. Ebenso bin ich nicht Empfänger lebenswichtiger Organe, sofern diese von hirntoten Personen oder Non-heart-beating-donors entnommen wurden, auch wenn dies womöglich zu meinem Tod führt.**

- Ich verbiete, mich zu Lebzeiten oder nach meinem Tod als Forschungsobjekt zu verwenden und gestatte - sofern kein wirklich schwerwiegender Grund dafür vorliegt - keine Autopsie.

C Bevollmächtigung

Für den Fall, dass ich selbst nicht mehr entscheidungsfähig bin oder meinen Willen nicht mehr äußern kann, erteile ich, so lange dieser Zustand anhält, nachstehenden Personen eine **Vollmacht für alle Entscheidungen im medizinischen und pflegerischen Bereich.**

Diese Personen sind an die unter A und B genannten Weisungen strikte gebunden.

Die Vollmacht umfasst die Entscheidung über

- über meinen Aufenthaltsort und notwendige Pflegemaßnahmen (Heim- oder Hauspflege),
- über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Gitterbett), sofern diese zu meinem Wohl notwendig sind,
- notfalls auch zur Kündigung meiner bisherigen Wohnung und zur Auflösung meines Haushaltes.

Ich verfüge ausdrücklich, dass mich in allen medizinischen Angelegenheiten die von mir benannte bevollmächtigte Person vertritt.

Ich entbinde die mich behandelnden Personen (Ärzte und Pflegepersonal) gegenüber der von mir benannten bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht.

Bevollmächtigte Person:

[Name und vollständige Adresse mit Kontaktdaten (Telefon, Mobiltelefon, E-Mail-Adresse)]

Vertretung der bevollmächtigten Person:

[Name und vollständige Adresse mit Kontaktdaten (Telefon, Mobiltelefon, E-Mail-Adresse)]

Falls es notwendig wird, dass ein gesetzlicher Betreuer für mich eingesetzt wird, verfüge ich, die oben bezeichnete Person als Betreuer zu bestellen.

Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden

Ort, Datum, Unterschrift des Vorsorgebevollmächtigten

Ort, Datum, Unterschrift des Vertreters