**Patientenverfügung**

**Situationen, für die diese Verfügung gilt:**

1. Im unmittelbaren Sterbeprozess

2. Im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit

3. Wenn infolge einer Hirnschädigung oder eines weit fortgeschrittenen Hirnabbaupro­zesses meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, auch wenn der Todeszeit­punkt noch nicht absehbar ist.  
Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen weiter­hin erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand zwar äußerst unwahrscheinlich, jedoch nicht ganz sicher auszuschließen ist.

4. Bei vergleichbaren, hier nicht ausdrücklich erwähnten Krankheitszuständen.

**In allen diesen Situationen verlange ich:**

Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Beschwerden, wie z. B. Schmerzen, Unruhe, Angst, Atemnot oder Übelkeit, gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendige Schmerztherapie eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist.

Lebenserhaltende oder wiederbelebende Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern, sollen unterlassen werden.

Keine künstliche Ernährung (weder über Sonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke noch über Vene) und keine Flüssigkeitsgabe (außer zur Beschwerdelinderung).

**Wie möchte ich sterben?**

Ich möchte in Würde und Frieden sterben können, nach Möglichkeit in Nähe und Kontakt mit meinen Angehörigen und nahestehenden Personen und in meiner vertrauten Umgebung.

Ich bitte um seelsorgerlichen Beistand. Meine Konfession ist evangelisch.

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbst–bestimmungsrechtes. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird.

Name: ……………………………………… (geb. am ……… in ……………………)

Anschrift: ………………………………………………………………………………………

Telefon ……………………………. Ort & Datum ………………………………………

Unterschrift: ………………………………………………………

Ich habe den Inhalt dieser Patientenverfügung mit den in meiner Vorsorgevollmacht autorisierten Personen besprochen.

Bestätigende Unterschriften (mit Datum)

………………………………………………………………………………………………………

**Bestätigung**

Diese Erklärung wird von mir in vollem Umfang erneut bestätigt

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort | Datum | Unterschrift |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |