

PATIENTENVERFÜGUNG

Name, Vorname : _____

Anschrift : _____

Geburtsdatum : _____

§ 1 – Allgemeine Verfügung

Ich verfüge hiermit, dass im Falle meiner Entscheidungsunfähigkeit medizinische Maßnahmen gemäß nachfolgender Bestimmungen durchgeführt oder unterlassen werden sollen. Diese Verfügung gilt für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr selbst äußern kann.

§ 2 – Lebensverlängernde Maßnahmen

Ich wünsche keine lebensverlängernden Maßnahmen, wenn diese lediglich das Sterben verzögern ohne Aussicht auf Besserung meines Zustandes oder auf Wiedererlangung einer für mich akzeptablen Lebensqualität.

§ 3 – Schmerzbehandlung und palliative Versorgung

Unabhängig von den Maßnahmen wünsche ich eine lindernde Schmerzbehandlung und palliative Versorgung, auch wenn diese möglicherweise lebensverkürzend wirkt.

§ 4 – Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr sollen nur dann erfolgen, wenn sie zur Linderung von Leiden beitragen und nicht als reine lebensverlängernde Maßnahme eingesetzt werden.

§ 5 – Organspende

Ich habe folgende Entscheidung zur Organspende getroffen: [] Ich möchte Organspender sein. [] Ich möchte keine Organe spenden. (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

§ 6 – Bevollmächtigung

Hiermit bevollmächtige ich folgende Person, in meinem Sinne Entscheidungen zu treffen, falls ich nicht mehr selbst entscheiden kann: Name, Vorname: _____ Anschrift: _____
Telefon: _____

§ 7 – Sonstige Wünsche

Weitere Wünsche und Hinweise zur medizinischen Versorgung und zum Umgang mit meiner Person:

§ 8 – Gültigkeit und Widerruf

Diese Patientenverfügung ist gültig, bis ich sie widerrufe oder eine neue Verfügung verfasse. Ein Widerruf kann jederzeit mündlich oder schriftlich erfolgen.

§ 9 – Schlussbestimmungen

Sollte eine Bestimmung dieser Verfügung unwirksam sein, bleibt die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen unberührt. Für alle nicht geregelten Fälle gelten die gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

Ort, Datum:

Name in Druckbuchstaben:

Unterschrift:

Name in Druckbuchstaben:

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://musterhero.com/mindener-patientenverfugung/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://musterhero.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.