

Patientenverfügung

An meine Familie, meinen Arzt, meinen Pastor, meinen Rechtsanwalt oder eine andere Vertrauensperson.

Der/Die Unterzeichnende versichert, dass er/sie im Falle eines unheilbaren Leidens nicht über einen unangemessenen langen Zeitraum mit intensiv-medizinischen Maßnahmen am Leben erhalten werden will.

Ich gebe diese Erklärung nach sorgfältiger Überlegung und zu einer Zeit ab, da ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte bin. Für den Fall, dass ich auf Grund von Bewusstlosigkeit oder anderen körperlichen Beeinträchtigungen nicht mehr in der Lage sein werde, über meine persönlichen Belange zu entscheiden, soll diese Erklärung als meine letztwillige Verfügung gelten,

Diese Verfügung soll befolgt werden, wenn ich an einer schweren Krankheit oder Schädigung leide, von der angenommen werden muss, dass sie mir schwere Leiden verursachen und mein Leben bei Bewusstsein unmöglich machen wird. Sofern in einer solchen Situation noch ärztlichem Ermessen keine Aussicht auf meine Heilung oder zumindest die Verbesserung meines Gesundheitszustandes besteht, fordere ich, dass man mich sterben lässt, In diesem Fall sollen an mir keine lebensverlängernden intensiv-medizinischen Maßnahmen und Behandlungen mehr angewendet werden.

Ich verlange weiterhin, mir dann die notwendigen Medikamente zu verabreichen, die mich von Schmerzen und großer Belastung befreien, auch wenn dadurch voraussichtlich der Augenblick meines Todes früher eintreten wird.

Diese Erklärung ist von mir unterzeichnet und datiert in Gegenwart von zwei Personen, die auf mein Ersuchen hin durch ihre Unterschrift meine Willenserklärung bezeugen.

Göttingen, den

Meine Unterschrift:

Name und Anschrift des Arztes:

Unterschrift und Stempel des Arztes:

Quelle: Ärztekammer Hamburg, Humboltstr. 56,22083 Hamburg