

# CHRISTLICHE PATIENTENVERFÜGUNG

Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland 1998

## Patientenverfügung

**Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, verfüge ich:**

An mir sollen keine lebensverlängernden Maßnahmen vorgenommen werden, wenn medizinisch festgestellt ist,

*dass ich mich im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, bei dem jede lebenserhaltende Maßnahme das Sterben oder Leiden ohne Aussicht auf erfolgreiche Behandlung verlängern würde,*

oder

*dass es zu einem nicht behebbaren Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt, der zum Tode führt.*

Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Schmerzen, Unruhe und Angst gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendige Schmerzbehandlung eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist. 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.  
Maßnahmen aktiver Sterbehilfe lehne ich ab.

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird. Sollte ich meine Meinung ändern, werde ich dafür sorgen, dass mein geänderter Wille erkennbar zum Ausdruck kommt.

Name: .....

geb. am: .....

Anschrift: .....

Ort, Datum: .....

Unterschrift: .....

**Diese Patientenverfügung wird von mir erneut bestätigt.**

Ort, Datum: .....

Unterschrift .....

Ort, Datum: .....

Unterschrift: .....

Ort, Datum: .....

Unterschrift: .....

## Vorsorgevollmacht

Für den Fall, dass ich außerstande bin, meinen Willen zu bilden oder zu äußern, benenne ich hiermit als Person meines besonderen Vertrauens:

Frau/Herrn: .....

geb. am: .....

Anschrift: .....

und erteile ihr hiermit Vollmacht, an meiner Stelle mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelndem Arzt alle erforderlichen Entscheidungen abzusprechen.

Die Vertrauensperson soll meinen Willen einbringen und in meinem Namen Einwendungen vortragen, die die Ärztin oder der Arzt berücksichtigen soll. Sie darf auch die Krankenunterlagen einsehen und in deren Herausgabe an Dritte einwilligen.

Zu diesem Zweck entbinde ich die mich behandelnden Ärzte oder Ärztinnen und deren nichtärztliche Mitarbeitende gegenüber meiner Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

Diese Vorsorgevollmacht ist jederzeit ohne besondere Form widerruflich.

Ort, Datum: .....

Unterschrift: .....

**Wir empfehlen Ihnen dieses Formular jeweils in zwei Exemplaren (eines für Ihre Vertrauensperson) auszufüllen.**

Für den Fall, dass ich

Name: .....

geb. am: .....

Straße: .....

Ort: .....

Telefon: .....

nicht mehr in der Lage bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, habe ich eine Patientenverfügung und ggf. eine Vorsorgevollmacht bei meinen persönlichen Unterlagen und ein Zweitexemplar bei meiner Vertrauensperson hinterlegt.

Ort, Datum ..... Unterschrift

.....

Bitte wenden Sie sich an:  
Name der Vertrauensperson:

.....

Straße: .....

Ort: .....

Telefon: .....

**Dieses Formular an der gestrichelten Linie heraustrennen und zu Ihren Ausweispapieren legen.**

**Bitte Doppelseite ausfüllen, heraustrennen und zu Ihren Papieren nehmen**