



**HOSPIZVEREIN
BREMEN** *Lebens- und Sterbebegleitung e.V.*
Wir sind für Sie da.

PATIENTENVERFÜGUNG

Name, Vorname des Verfassers / der Verfasserin

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Mein 1. Zeuge

Mein 2. Zeuge

Name, Vorname

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

PLZ

Ort

Telefonnummer

Telefonnummer

Die Patientenverfügung hat juristische Bedeutung.
Sie muss von den behandelnden Ärzten beachtet werden.

Name, Vorname des Verfassers | der Verfasserin

- 1 Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, verfüge ich im jetzigen Vollbesitz meiner geistigen Kräfte:
- 2 Wenn bei schwerstem körperlichen Leiden, Dauerbewusstlosigkeit sowie fortschreitendem Verfall keine Aussicht mehr auf Besserung im Sinne eines für mich erträglichen und umweltbezogenen Lebens besteht,
- 3 sollen an mir keine lebenserhaltenden Maßnahmen (z.B. Wiederbelebung, Beatmung, Dialyse, Bluttransfusion, Medikamente) vorgenommen werden bzw. bereits begonnene abgebrochen werden,
- 4 wünsche ich keine Ernährung durch Magensonde oder Magenfistel,
- 5 wünsche ich weitestgehende Beseitigung von Begleitsymptomen, insbesondere von Schmerzen; eine damit unter Umständen verbundene Lebensverkürzung nehme ich in Kauf,
- 6 wünsche ich mir persönlichen Beistand,
- 7 wünsche ich mir geistlichen Beistand,
- 8 wünsche ich, dass meine Ärztin | mein Arzt verständigt wird:

Name, Vorname

Telefonnummer

- 9 Eine aktive Sterbehilfe lehne ich ab.
- 10 Meine Ärztin | mein Arzt hat mit mir ein Aufklärungsgespräch geführt und mich über die Tragweite eines Behandlungsabbruchs aufgeklärt.

11 *Unterschrift und Stempel meiner Ärztin | meines Arztes*

Name, Vorname des Verfassers | der Verfasserin

12 Persönliche Ergänzungen

13 Ich gebe diese Erklärung nach sorgfältiger Überlegung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte ab. Für den Fall, dass ich einmal nicht mehr über meine eigene Zukunft entscheiden kann, soll diese Erklärung als meine letztwillige Verfügung gelten.

14 *Datum, Unterschrift des Verfassers | der Verfasserin*

15 Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass der Verfasser | die Verfasserin die Patientenverfügung im Vollbesitz seiner | ihrer geistigen Kräfte ausgefüllt hat.

Datum, Unterschrift 1. Zeuge

Datum, Unterschrift 2. Zeuge

UNTERSCHRIFT BITTE NACH ZWEI JAHREN NEU BESTÄTIGEN

Datum u. Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

Datum, Unterschrift 1. Zeuge

Datum, Unterschrift 2. Zeuge

UNTERSCHRIFT BITTE NACH ZWEI JAHREN NEU BESTÄTIGEN

Datum u. Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

Datum, Unterschrift 1. Zeuge

Datum, Unterschrift 2. Zeuge

UNTERSCHRIFT BITTE NACH ZWEI JAHREN NEU BESTÄTIGEN

Datum u. Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

Datum, Unterschrift 1. Zeuge

Datum, Unterschrift 2. Zeuge

HOSPIZVEREIN BREMEN / *Lebens- und Sterbebegleitung e. V.*
Schwachhauser Heerstr. 45A | 28211 Bremen
FON 0421.409 28 28 | FAX 0421.409 28 71
info@hospizverein-bremen.de | www.hospizverein-bremen.de

SPENDENKONTO / Sparkasse Bremen | KtoNr 12 592 424 | BLZ 290 501 01