

# Patientenverfügung

Ich, [Vollständiger Name], geboren am [Geburtsdatum], wohnhaft in [vollständige Adresse], lege hiermit fest, welche medizinischen Behandlungen ich wünsche oder ablehne, falls ich meinen Willen nicht mehr äußern kann.

## Grundsätzliche Festlegungen

Ich möchte, dass mein Wille, wie in dieser Verfügung festgelegt, von meinen behandelnden Ärzten und Angehörigen respektiert wird.

Ich bin über die Bedeutung und Tragweite dieser Patientenverfügung umfassend aufgeklärt.

### Medizinische Maßnahmen

Wiederbelebungsmaßnahmen: [Ich wünsche keine Wiederbelebungsmaßnahmen. / Ich wünsche Wiederbelebungsmaßnahmen.]

Künstliche Beatmung: [Ich lehne eine künstliche Beatmung ab. / Ich wünsche eine künstliche Beatmung.]

Künstliche Ernährung: [Ich lehne eine künstliche Ernährung ab. / Ich wünsche eine künstliche Ernährung.]

[Weitere medizinische Maßnahmen und individuelle Entscheidungen.]

### Schmerz- und Symptomlinderung

Unabhängig von meinen anderen Entscheidungen in dieser Verfügung wünsche ich, dass alle Maßnahmen getroffen werden, um meine Schmerzen und Symptome zu lindern, auch wenn dies meinen Tod beschleunigen könnte.

### Vollmacht

Ich bevollmächtige [Name des Bevollmächtigten], geboren am [Geburtsdatum], wohnhaft in [vollständige Adresse], für mich Entscheidungen in medizinischen Angelegenheiten zu treffen, falls ich dazu nicht in der Lage bin. Diese Entscheidungen sollten in Übereinstimmung mit meinen Wünschen und Werten, wie in dieser Verfügung dargestellt, getroffen werden.

### Gültigkeit und Überprüfung

Diese Patientenverfügung gilt unabhängig von Ort und Zeit, bis zu ihrer Widerrufung.

Ich werde diese Verfügung regelmäßig überprüfen und bei Bedarf aktualisieren.

Datum: [Datum]

Ort: [Ort]

Unterschrift: \_\_\_\_\_