

Palliativnetz Lörrach gGmbH, Am Kesselhaus, 79576 Weil am Rhein

Ich, \_\_\_\_\_ (Name), geb. \_\_\_\_\_ (Geb.Dat.)

wohnhaft \_\_\_\_\_

leide an (Diagnose) \_\_\_\_\_

Und weiß, dass ich mich in einem fortgeschrittenen Stadium dieser tödlich verlaufenden Erkrankung befinde.  
Daher bestimme ich für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, folgendes:

In allen Fällen eines Herz-Kreislaufstillstandes:

- Wiederbelebungsmaßnahmen
- keine** Wiederbelebungsmaßnahmen

Bei Versagen der natürlichen Atmung:

- künstliche Beatmung
- keine** künstliche Beatmung
- Medikamente zur Linderung** der Luftnot (auch wenn diese Bewusstseinsdämpfend und/oder ungewollt lebensverkürzend wirken können)

Wenn intensivmedizinische Überwachung und Maßnahmen notwendig wären:

- die Verlegung auf eine Intensivstation
- keine** Verlegung oder Aufnahme auf eine Intensivstation

Bei Nierenversagen, Entgleisung der Blutsalze oder Überwässerung:

- künstliche Blutwäsche (Dialyse)
- keine** künstliche Blutwäsche

Wenn eine ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme auf natürlichem Weg nicht mehr möglich sein sollte:

- künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr (über Magensonde oder intravenös)
- keine** künstliche Ernährung und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr
- keine** künstliche Ernährung, aber Flüssigkeitszufuhr
- nur die Linderung** von Durst- und Hungergefühl (z.B. durch Atemluft- und Mundbefeuchtung)

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Bei Auftreten einer Infektion (z.B. Lungenentzündung)

- Gabe von Antibiotika zur Lebensverlängerung
- Gabe von Antibiotika nur wenn dadurch Beschwerden (z.B. Luftnot durch Lungenentzündung) **gelindert** werden können
- keine** Antibiotikagabe

Bei Blutarmut, Blutung oder Mangel an Blutgerinnungsfaktoren

- Gabe von Blut und/oder Blutbestandteilen zur Lebensverlängerung
- Gabe von Blutprodukten **nur zur Linderung** von Beschwerden
- keine** Gabe von Blutprodukten

Sollten weitere Beschwerden oder Symptomen auftreten wünsche ich

- Schmerzbehandlung, auch wenn diese Bewusstsein Eindämmend und/oder ungewollt lebensverkürzend wirken kann
- Linderung** sonstiger belastender Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Angst, Atemnot

Ich möchte

- wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben
- zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt werden, nämlich:

\_\_\_\_\_

die Versorgung in einem Hospiz

- Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgender Person:

\_\_\_\_\_

- Eine Versorgungsvollmacht habe ich erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit folgender von mir bevollmächtigten Person besprochen:

\_\_\_\_\_

Über die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs meiner Patientenverfügung wurde ich aufgeklärt.

\_\_\_\_\_ Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_ Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Arzt