

MINDENER
PATIENTEN
VERFÜGUNG



Die Mindener Patientenverfügung

ist beraten worden von

- leitenden Ärzten des
Johannes Wesling Klinikums Minden –
Universitätsklinikum der Ruhr-Universität
Bochum (RUB)
- Ärzten des Hausärzteverbundes Minden
- dem Karl Kesting Verein -Ärzteverein-
- Rechtsanwälten
- einem Notar
- einem Richter i. R.
- Pfarrern des
Evangelischen Kirchenkreises Minden
- dem Evangelischen Betreuungsverein
Minden e. V.
- dem Paritätischen Betreuungsverein
Minden-Lübbecke e. V.
- dem Palliativ Ambulanten Netzwerk
Kreis Minden-Lübbecke (PAN)
- der PariSozial Minden-Lübbecke
- dem Seniorenbüro und
Info-Zentrum Pflege Minden
- dem Sozialdienst Katholischer Frauen e. V.
- dem Hospizkreis Minden e. V.
- der Diakonie Stiftung Salem gGmbH

Diese Erklärung richtet sich an die behandelnden
Ärzte, wenn der Patient seine Urteils- und
Entscheidungsfähigkeit verloren hat und
Vorstellungen für eine medizinische Behandlung
und Versorgung nicht mehr selbst äußern kann.

Patientenverfügung

Ich bin volljährig und mir über Art, Bedeutung,
Tragweite und Risiken einer Patientenverfügung im
Klaren.

Mit dieser Verfügung bringe ich meinen Willen für
den Fall zum Ausdruck, dass ich in einen
Lebenszustand gerate, in welchem meine Urteils-
und Entscheidungsfähigkeit verloren ist, und ich
nicht mehr in der Lage bin, über meine
medizinische Behandlung und Versorgung zu
urteilen. Für einen solchen Fall bestimme ich:

1. Sollte ich mich in der Sterbephase befinden,
oder
2. sollte sich nach ärztlicher Diagnose und
Prognose ergeben, dass meine Krankheit
unabwendbar zum Tode führen wird, oder
3. sollte ich in eine unumkehrbare Bewusstlosigkeit
geraten, oder
4. sollten mehrere lebenswichtige Funktionen
meines Körpers auf Dauer ausgefallen sein, so
dass mir ein Leben ohne apparative
Behandlungsmaßnahmen nicht mehr möglich ist,
oder
5. sollte (hier ggfls. die konkrete Krankheitssituation
angeben.)

dann bin ich in keiner der genannten Situationen
mit lebensverlängernden Maßnahmen wie z. B.
intensivmedizinischer Behandlung, Wiederbele-
bung, Beatmung, Dialyse, der Verabreichung von
Antibiotika oder künstlicher Ernährung einverstan-
den. Ich möchte dann auch keine weiteren
diagnostischen Maßnahmen.

In derartigen Fällen wünsche ich eine palliative Be-
handlung. Die Möglichkeit einer Lebensverkürzung
durch diese Behandlung nehme ich in Kauf.

Ort, Datum

Unterschrift

Beratungshinweis

Ich weiß, dass es sehr empfehlenswert, aber rechtlich nicht zwingend ist, mich medizinisch, rechtlich und/oder ethisch beraten zu lassen, insbes. hinsichtlich einer unter Ziffer 5 angegebenen, eigenen Krankheit.
Die Patientenverfügung ist auch ohne eine Gesundheitsvorsorgevollmacht verbindlich wirksam.
Eine Gesundheitsvorsorgevollmacht ergänzt die Patientenverfügung sinnvoll und wird empfohlen.

Diese Patientenverfügung gilt so lange, bis ich sie widerrufe.

Unterschrift

Meine Personalien:

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

Mein Hausarzt ist:

Vor- und Zuname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

(Arztunterschrift nach erfolgter ärztlicher Beratung)

Meine bevollmächtigte Person ist:

☐ Keine Angabe

☐ Eine Gesundheitsvorsorgevollmacht habe ich erteilt an:

Vor- und Zuname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

Gesundheitsvorsorgevollmacht

Hiermit bestelle ich,

Vor- und Zuname des Vollmachtgebers

Geb.-Datum

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

zu meinem Bevollmächtigten:

Vor- und Zuname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon

Ersatzweise bestelle ich zu meinem Bevollmächtigten:

Vor- und Zuname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon

Die bevollmächtigte Person hat das Recht,

- über die Verabreichung von Medikamenten zu entscheiden;
- ärztliche Untersuchungen, Behandlungen oder Eingriffen zuzustimmen oder sie abzulehnen, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob Lebensgefahr besteht;
- die Nichteinwilligung oder den Widerruf der Einwilligung für eine medizinisch angezeigte Maßnahme zu erklären, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Vollmachtgeber aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet;
- von behandelnden Ärzten, die ich hiermit ausdrücklich von der Schweigepflicht entbinde, uneingeschränkte Auskunft zu verlangen;
- meine Patientenverfügung zur Ausführung zu bringen.

Ort / Datum

Unterschrift der/des Bevollmächtigten
(Rechtlich nicht erforderlich)

Unterschrift des Vollmachtgebers