

PATIENTENVERFÜGUNG

Ich, _____, geb. _____, verfüge im Falle einer
Unfähigkeit meiner Seite aus über mich selbst zu bestimmen, folgende Maßnahmen:

Keine Reanimation.

Keine intensivmedizinische Therapie.

Keine invasive oder nicht-invasive Beatmung.

Keine Katecholamine.

Keine künstliche Ernährung.

Keine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

Keine Dialyse.

Keine Antibiose.

Keine Fixierung (bei Bedarf Sitzwache durch Familie/Freunde).

Es sollen nur schmerzlindernde Maßnahmen getroffen werden, bei Bedarf auch in sehr hohen Dosen.

Alle Behandlungen sollen auf ein Schmerz- und Leidenfreies und würdiges "Sterben" hinführen.

Meine Bezugspersonen sind:

_____, den _____
