

Patientenverfügung

Die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt soll bei der erforderlichen medizinischen Behandlung die nachfolgend genannte Vertrauensperson zur Bestätigung dieser Verfügung oder zur Ermittlung meines mutmaßlichen Willens bei unklaren Situationen hinzuziehen.

(Kann, muss aber nicht ausgefüllt werden.)

Name, Vorname der Vertrauensperson

Anschrift

Telefon

Mobil

Ort, Datum

Unterschrift der Vertrauensperson

Ich habe zusätzlich eine Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheits-sorge erteilt.

ja

nein

Wenn ja, Bevollmächtigte/Bevollmächtigter ist:

Name, Vorname der Vertrauensperson

Anschrift

Telefon

Mobil

Ich wünsche eine Begleitung durch

Seelsorge

Hospizdienst

Diese Verfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum

Unterschrift

Ich habe diese Verfügung – ihren Inhalt und ihre Konsequenzen – mit meinem Hausarzt/meiner Hausärztin bzw. meinem Arzt /meiner Ärztin des Vertrauens besprochen.

Name der Ärztin/des Arztes

Anschrift

Telefon

Mobil

Ort, Datum

Unterschrift

Kopie dieser Patientenverfügung haben:

1)

Name, Vorname

Anschrift

Telefon

Mobil

2)

Name, Vorname

Anschrift

Telefon

Mobil

(Für Bestätigungen der Verfügungen zu einem späteren Zeitpunkt:)

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille nicht geändert hat:

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift