

# Patientenverfügung Seniorenzentrum Im Morgen, Weiningen

Name:	Vorname:
Geburtsdatum	Heimatort
Strasse:	Wohnort

Wenn ich in einen Lebenszustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiderruflich verloren habe, so will ich, dass man auf alle Maßnahmen verzichtet, die nur noch eine Sterbens- und Leidensverlängerung bedeuten. Ich will in einem solchen Zustand auch nicht künstlich ernährt werden.

Mein Leben soll in Würde und Stille zu Ende gehen.

Bei Schmerzen bitte ich um genügend starke Schmerzmittel, auch wenn ich dadurch allenfalls schläfrig oder schwächer werde. Lindernde und unterstützende Pflege-Maßnahmen (= Palliation) sollen angewendet werden.

## Spezielle Verfügung 1

Dasselbe gilt auch für einen plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstand (= Sekundenherztod). In diesem Fall will ich **nicht** wiederbelebt werden (keine Reanimation) und mein Leben in Frieden und Ruhe beenden.

**Bitte unterschreiben oder Verfügung 1 durchstreichen:**

## Spezielle Verfügung 2

Im Falle eines plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstandes **möchte ich wiederbelebt werden**, auch im Wissen, dass dies oft nicht gelingt oder dass mit einer bleibenden Hirnschädigung gerechnet werden muss. **Bitte unterschreiben oder Verfügung 2 durchstreichen:**

Für jeweilige auftretende Probleme, die Entscheidungen über das weitere Vorgehen bedürfen, welche nicht durch meinen oben dargelegten Willen abgedeckt sind, verlange ich, dass die verantwortlichen Ärzte mit folgenden Personen und/oder folgendem Arzt meines Vertrauens Rücksprache nehmen:

**Name, Vorname**

**genaue Adresse**

**Unterschrift**

Angehörige:		
Angehörige:		
Arzt:		

Mit Ihrer obenstehenden Unterschrift bestätigen diese Personen, dass sie von meiner Patientenverfügung Kenntnis genommen haben und dass ich diesen letzten Willen in absoluter geistiger Frische und Unabhängigkeit unterschrieben habe.

Ort, Datum

Unterschrift