

MINDENER  
PATIENTEN  
VERFÜGUNG



## Die Mindener Patientenverfügung

ist beraten worden von

- leitenden Ärzten des Johannes Wesling Klinikums Minden
- 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.

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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

dann bin ich in keiner der genannten Situationen mit lebensverlängernden Maßnahmen wie z. B. intensivmedizinischer Behandlung, Wiederbelebung, Beatmung, Dialyse, der Verabreichung von Antibiotika oder künstlicher Ernährung einverstanden.

Ich möchte dann auch keine weiteren diagnostischen Maßnahmen.

In derartigen Fällen wünsche ich eine dem Leiden angemessene Behandlung. Die Möglichkeit einer Lebensverkürzung durch diese Behandlung nehme ich in Kauf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Beratungshinweis

Ich weiß, dass es sinnvoll, aber rechtlich nicht zwingend ist, mich medizinisch, rechtlich und/oder ethisch beraten zu lassen.

Die Patientenverfügung ist auch ohne eine Gesundheitsvorsorgevollmacht verbindlich wirksam.

Die Errichtung einer Gesundheitsvorsorgevollmacht ergänzt die Patientenverfügung sinnvoll.

Diese Patientenverfügung gilt so lange, bis ich sie widerrufe.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Stand: 01.03.2011

## Meine Personalien:

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

## Mein Hausarzt ist:

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

## Meine bevollmächtigte Person ist:

Keine Angabe

Eine Gesundheitsvorsorgevollmacht habe ich erteilt an:

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der bevollmächtigten Person