

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Wohnort:** \_\_\_\_\_

## Patiententestament

Für den Fall, daß ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, verfüge ich im jetzigen Vollbesitz meiner geistigen Kräfte:

Wenn bei schwerstem körperlichen Leiden, Dauerbewußtlosigkeit sowie fortschreitendem geistigen Verfall keine Aussicht mehr auf Besserung im Sinne eines für mich erträglichen und umweltbezogenen Lebens besteht,

- Sollen an mir keine lebenserhaltenden Maßnahmen (z.B. Wiederbelebung, Beatmung, Dialyse) vorgenommen werden,
- wünsche ich keine Behandlung von Begleiterkrankungen,
- soll eine Behandlung abgebrochen werden,
- wünsche ich demgegenüber weitestgehende Beseitigung von Begleitsymptomen, insbesondere von Schmerzen; eine damit unter Umständen verbundene Lebensverkürzung nehme ich in Kauf,
- wünsche ich mir persönlichen Beistand
- sowie geistigen Beistand
- wünsche ich, daß mein Hausarzt: \_\_\_\_\_ verständigt wird.

Mit einer Obduktion zur Befundklärung bin ich einverstanden/nicht einverstanden.

Mit einer Organentnahme zum Zweck der Transplantation bin ich einverstanden/nicht einverstanden.

Datum, Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers: \_\_\_\_\_

Ich / Wir bestätige(n) mit unserer Unterschrift, daß Frau/Herr \_\_\_\_\_  
Das Patiententestament im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfaßt hat.

Namen: \_\_\_\_\_

Geburtsdaten: \_\_\_\_\_

Wohnorte: \_\_\_\_\_

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

Unterschriften der Zeugen: \_\_\_\_\_