

PATIENTENVERFÜGUNG | PRO VITA

(Wunsch nach lebenserhaltender Therapie zu Gunsten des Patienten)

Sollte ich (Vollmachtgeber)

Vor- und Zuname: _____

geboren am: _____ in: _____

wohnhaft in: _____

aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinsminderung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände vorübergehend oder dauerhaft nicht mehr in der Lage sein, meinen Willen zu äußern, bevollmächtige ich hiermit:

Frau/Herrn: _____ geboren am: _____

wohnhaft in: _____ Telefonnummer: _____

mich in allen medizinischen Angelegenheiten zu vertreten.

Mein Bevollmächtigter darf in sämtliche Maßnahmen zur Diagnose und Behandlung einer Krankheit einwilligen, die Einwilligung hierzu verweigern oder zurücknehmen, Krankenunterlagen einsehen und in deren Herausgabe an Dritte einwilligen. Zu diesem Zweck entbinde ich die mich behandelnden Ärzte und deren nichtärztliche Mitarbeiter gegenüber meinem Bevollmächtigten von der Schweigepflicht. Die Entscheidungen meines Bevollmächtigten sind für die behandelnden Ärzte verbindlich. Diese Vollmacht ist jederzeit ohne besondere Form widerruflich.

Sofern ich außerstande bin, meinen Willen zu äußern, und der benannte Bevollmächtigte verhindert ist, verfüge ich, nachdem ich mich über die medizinische Situation und die rechtliche Beurteilung eines Aufklärungsverzichts eingehend informiert habe:

In der Hoffnung und im Vertrauen auf den medizinischen Fortschritt und die damit verbundene Hoffnung auf zukünftige Heilung derzeit unheilbar erscheinender Krankheiten und Verletzungen wünsche ich in jedem Stadium einer möglichen Erkrankung oder Verletzung, auch bei infamster Prognose, oder einem bereits eingetretenem Sterbevorgang, dass mir eine optimale medizinische Maximalbehandlung gewährt wird.

Ort, Datum, Unterschrift

Unterschrift des Zeugen