

Patientenverfügung

Art. 2, 13 und 32 der ital. Verfassung und Gesetz Nr. 219/2017.

Ich, unterfertigte/r

Vorname		Zuname	
---------	--	--------	--

geboren in		(Prov.)	
------------	--	---------	--

am	
----	--

wohnhaft in		Straße/ Platz	
-------------	--	---------------	--

verfüge für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr selbst äußern kann, Folgendes:
Situationsen, in denen diese Verfügung angewandt werden soll: *(Zutreffendes wird angekreuzt bzw. Beschreibung eingefügt, Mehrfachnennungen sind möglich)*

<input type="checkbox"/>	Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst dann, wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
<input type="checkbox"/>	Wenn ich aufgrund einer schweren Gehirnschädigung (z.B. Schädelhirntrauma, Gehirnblutung, schwerer Schlaganfall) meine Fähigkeit verloren habe, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich (z.B. Wachkoma), selbst dann, wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Ich weiß, dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nie gänzlich ausgeschlossen werden kann, aber äußerst unwahrscheinlich ist.
<input type="checkbox"/>	Wenn ich infolge einer Demenzerkrankung bzw. eines weit fortgeschrittenen Abbaus meiner geistigen Funktionen Nahrung oder Flüssigkeit auch mit ausdauernder Hilfe nicht mehr selbst zu mir nehmen kann.
<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

Wenn ich mich in einer der von mir oben benannten Situationen befinde, verlange ich Folgendes: *(Zutreffendes wird angekreuzt bzw. Beschreibung eingefügt)*

dass alle medizinisch angemessenen Maßnahmen mit dem Ziel der Lebensverlängerung durchgeführt werden

dass lebensverlängernde Behandlungen nur dann durchgeführt werden, wenn ich nach Einschätzung meiner Vertrauensperson noch überwiegend Freude am Leben empfinde. Ich bin mir bewusst, dass das Erleben von Freude am Leben subjektiv unterschiedlich erfahren und interpretiert werden kann

dass *keine* lebensverlängernden Maßnahmen durchgeführt werden, einschließlich künstlicher Beatmung, künstlicher Ernährung und künstlicher Flüssigkeitszufuhr. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden

Patientenverfügung

Art. 2, 13 und 32 der ital. Verfassung und Gesetz Nr. 219/2017.

(Freitext)

Für den Fall, dass in den von mir beschriebenen Situationen eine der genannten Maßnahmen bereits eingeleitet wurde, verlange ich deren Einstellung.

In jedem Fall wünsche ich eine fachgerechte Pflege, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, insbesondere Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderen belastenden Symptomen. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich dafür in Kauf.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein *mutmaßlicher Wille* im Einverständnis aller Beteiligten zu ermitteln.

Ich unterzeichne diese Verfügung, nachdem ich mich gründlich mit ihrem Inhalt auseinandergesetzt habe, im vollen Bewusstsein der Verantwortung, die ich mir gegenüber trage. Die Bedeutung und Tragweite der Verfügung ist mir bewusst, insbesondere ist mir bekannt, dass sie meine Ärztinnen und Ärzte, meine gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter und meine Angehörigen bindet. Mir ist bewusst, dass meine Entscheidung, in einer der oben genannten Situationen die benannten ärztlichen Maßnahmen abzulehnen, dazu führen kann, dass meine Lebenszeit verkürzt und der Sterbeprozess beschleunigt wird. Ich weiß, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ändern oder insgesamt widerrufen kann.

Diese Verfügung soll dem an meiner Behandlung und Pflege beteiligtem Gesundheitspersonal zugänglich gemacht werden.

Datum		Unterschrift	
-------	--	--------------	--

Benennung einer Vertrauensperson

Hiermit erteile ich folgender Person die Vollmacht, mich in allen Behandlungs- und Pflegeangelegenheiten zu vertreten; die Delegation umfasst auch die Umsetzung dieser Patientenverfügung:

Vor- und Zuname	
-----------------	--

Anschrift	
Telefon	Datum

Unterschrift Vollmachtgeber/in	
Unterschrift Vertrauensperson	

Patientenverfügung

Art. 2, 13 und 32 der ital. Verfassung und Gesetz Nr. 219/2017.

Ärztliche Aufklärung

Herr/Frau wurde von mir am
über den Inhalt und die möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Erneute Bestätigung der Patientenverfügung

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

Datum

Unterschrift