

MINDENER  
PATIENTEN  
VERFÜGUNG



Im Fall eines Komas vom behandelnden Arzt zu öffnen.

## Inhalt

Einleitung	3
Personalien	4-5
Die Patientenverfügung	6-9
Erklärung der bevollmächtigten Person	10

## **Die Mindener Patientenverfügung**

ist beraten worden von leitenden Ärzten des Johannes Wesling Klinikums Minden – Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum (RUB), Ärzten des Hausärzterverbundes 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.

## Meine Personalien

---

Vor- und Zuname

---

Geburtsdatum

---

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

---

Telefon

**Mein Hausarzt ist:**

---

Vor- und Zuname

---

Telefon

---

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

---

(Arzt Unterschrift nach erfolgter ärztlicher Beratung)

## **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. Für einen solchen Fall bestimme ich:

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 (hier ggfls. die konkrete Krankheitssituation angeben.) \_\_\_\_\_

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 palliative Behandlung. Die Möglichkeit einer Lebensverkürzung durch diese Behandlung nehme ich in Kauf.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

## Beratungshinweise

Ich weiß, dass es sehr empfehlenswert, aber rechtlich nicht zwingend ist, mich medizinisch, rechtlich und/oder ethisch beraten zu lassen, insbes. hinsichtlich einer unter Ziffer 5 angegebenen, eigenen Krankheit.

Die Patientenverfügung ist auch ohne eine Gesundheitsvorsorgevollmacht verbindlich wirksam.

Eine Gesundheitsvorsorgevollmacht ergänzt die Patientenverfügung sinnvoll und wird empfohlen.

Diese Patientenverfügung gilt so lange, bis ich sie widerrufe.

---

Unterschrift

**Meine bevollmächtigte Person ist:**

keine Angabe

Eine Gesundheitsvorsorgevollmacht  
habe ich erteilt an:

---

Vor- und Zuname

---

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

---

Telefon

---

Ort, Datum

**Der Inhalt dieses Heftes ist der wortgetreue Abdruck einer Urkunde,  
die sich an folgendem Ort befindet:**

---

---

---

---

---

Im Fall eines Komas vom behandelnden Arzt zu öffnen.