



Ergänzungen zur Patienten- verfügung

Optionale Ergänzungen

Auf den folgenden Seiten finden Sie Vorlagen, mit denen Sie ihre Patientenverfügung ergänzen können. Nutzen Sie diese Ergänzungen, um weitergehend sicherzustellen, dass Ihr Wille verstanden und durchgesetzt wird.

Drucken Sie entsprechend viele Seiten jeder Vorlage aus, wie Sie für den jeweiligen Fall benötigen und heften Sie diese Blätter mit Ihrer Patientenverfügung in Ihrem Vorsorgeordner ab.

Achten Sie auch bei den Ergänzungen auf regelmäßige Aktualisierung.

Zeugen

Ich bestätige heute mit meiner Unterschrift, dass Frau/Herr

Name **des Verfügenden**

die beiliegende Patientenverfügung eigenhändig und für mich erkennbar im Vollbesitz ihrer/ seiner geistigen und körperlichen Kräfte verfasst hat, und dabei selbstbestimmt und ohne jeglichen äußeren Einfluss vorging. Sie/er ist nach meiner voller Überzeugung, die auf dem persönlichen Eindruck und dem ständigen Kontakt zu ihr/ihm beruht, ohne jeden Zweifel nach meiner Überzeugung geschäftsfähig/einsichtsfähig.

Name **Zeuge**

Adresse

Unterschrift des Zeugen

Bei meiner Patientenverfügung wurde ich beraten von

Name **der beratenden Person / Beratungsstelle**

Adresse

Telefon

E-Mail-Adresse

Ich habe mit Frau/Herr

Name **des Verfügenden**

über die Anweisungen in ihrer/seiner Patientenverfügung gesprochen. Sie/er war bei den Entscheidungen in der Patientenverfügung nach meiner Auffassung bei klarem Bewusstsein, hat nach nach dem eigenen Willen entschieden und war sich der Konsequenzen bewusst.

Datum

Ort

Unterschrift der **beratenden Person**

Arzt meines Vertrauens

(Titel) Vornamen Name des Arztes

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon-Nr.

E-Mail-Adresse

Ärztliche Aufklärung / Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Ich habe mit

Name **des Verfügenden**

über diese Patientenverfügung gesprochen und sie/ihn bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Sie/er war bei der Entscheidung über die Inhalte dieser Patientenverfügung bei klarem Bewusstsein und in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Name **des Arztes**

Adresse

Telefon

E-Mail-Adresse

Datum

Ort

Unterschrift, Stempel