

Living Will  
 Patientenverfügung

Name: .....  
 Birth Date:..... Age:..... Gender:.....  
 Nationality.....  
 HN: ..... EN/AN:.....  
 Visit Date:..... OPD/Ward.....  
 Physician:.....  
 Allergies:.....

Ort .....  
 Datum .....

Vorname ..... Familienname.....  
 Reisepassnr. .... Nationalität.....  
 Adresse in Thailand .....  
 Adresse im Heimatland .....  
 Telefonnummer ..... Mobil .....  
 E-Mail-Adresse .....

1. Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte gebe ich hiermit freiwillig für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, folgende Erklärung ab: Ich möchte das Recht nach Thai Statute No. 12 des „National Health Law“ aus dem Jahre 2007 in Anspruch nehmen. Mit dieser Erklärung verweigere ich lebenserhaltende Maßnahmen wie unten aufgeführt.
2. Ich entziehe meinem behandelnden Arzt die Befugnis, Maßnahmen zu ergreifen, die meinen Sterbeprozess verlängern, wenn ich mich in einem Endstadium oder in einer permanenten Bewusstlosigkeit befinde. Ich möchte, dass durch die Unterzeichnung dieser Verfügung die Behandlungen beendet werden.

Ich möchte keine	Unterschrift
Herz-Kreislauf-Wiederbelebung	
Luftröhrenschnitt	
Maschinelle Beatmung	
Magensonde	
Sonstiges	

3. Auch wenn ich die Behandlung wie in Punkt 2 beschrieben abgelehnt habe, möchte ich, dass Behandlungen zum Wohlbefinden und zur Schmerzlinderung sichergestellt werden, auch für den Fall, dass Schmerzen durch das Absetzen von lebensverlängernden Maßnahmen entstehen sollten.

Ich möchte, dass das medizinische Team meine Wünsche wie folgt durchführt:  
 Ich möchte nach Hause: .....  
 Ich möchte geistlichen Beistand wie folgt erhalten:.....

Ich möchte eine Person meines Vertrauens benennen, die als mein Vertreter Entscheidungen über medizinische Maßnahmen trifft im Falle des Endstadiums meiner Erkrankung oder einer permanenten Bewusstlosigkeit.

(Vorname + Nachname).....  
 Diese Erklärung wird wissentlich und freiwillig von mir oder auf Anweisung der oben genannten Person hin unterzeichnet - per Unterschrift oder Fingerabdruck.

Living Will  
 Patientenverfügung

Name: .....  
 Birth Date: ..... Age: ..... Gender: .....  
 Nationality: .....  
 HN: ..... EN/AN: .....  
 Visit Date: ..... OPD/Ward: .....  
 Physician: .....  
 Allergies: .....

Meine Verfügung wurde in Anwesenheit folgender Zeugen abgegeben:

Unterschrift .....

Patient

Unterschrift .....

Verwandte oder Bekannte

Unterschrift ..... Unterschrift.....

Vorname+Nachname..... Vorname+Nachname.....

Zeuge

Zeuge

**Verwandte oder Bekannte**

Vor- und Nachname..... Beziehung.....

Reisepassnr.....

Adresse .....

Telefonnr. .... Mobil .....

**Zeuge**

Vor- und Nachname..... Beziehung.....

Reisepassnr. ....

Adresse .....

Telefonnr. .... Mobil .....

**Zeuge**

Vor- und Nachname..... Beziehung.....

Reisepassnr.....

Adresse .....

Telefonnr. .... Mobil .....

Anmerkung: Diese Erklärung erleichtert die Verweigerung medizinischer Behandlung entsprechend der Thai Statute No. 12 des National Health Law aus dem Jahre 2007. Diese Erklärung kann der persönlichen Situation angepasst werden.

**\*\* Dieses Schriftstück ist eine Übersetzung ins Deutsche. Allein das Original kann bei Rechtsstreitigkeiten als Grundlage dienen.**