

## **Bestimmungen zum Lebensende**

*für eine volljährige Person im vollen Besitz ihrer Fähigkeiten  
das Dokument zu verfassen, zu datieren und zu unterschreiben<sup>1</sup>*

Die "Bestimmungen zum Lebensende" müssen bei der "**Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide**", Ministère de la Santé, L-2935 registriert werden<sup>2</sup>.

### **Obligatorische Eintragung**

---

**Hiermit erkläre ich:**

Name: \_\_\_\_\_

Soziale Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ortschaft: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Telefon, E-Mail: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Für den Fall, dass ich bewusstlos und/oder unfähig sein sollte, meinen Willen zu bekunden, lege ich hiermit schriftlich fest, dass ich Sterbehilfe wünsche, wenn mein behandelnder Arzt feststellen sollte, dass:

- ich infolge von Krankheit oder Unfall unheilbar krank bin,
- ich bewusstlos bin,
- dass nach dem heutigen Stand der Medizin nichts mehr dagegen unternommen werden kann.

Sollte der behandelnde Arzt, aus welchen Gründen auch immer, diese Bestimmungen nicht befolgen wollen, so verlange ich, meine Behandlung einem anderen Arzt anzuvertrauen.

Ich habe diese Bestimmungen im vollen Besitz meiner geistigen Kräfte, freiwillig und ohne äußeren Druck, geschrieben und verlange, dass mein Wille respektiert wird.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Die "Bestimmungen zum Lebensende" sind eine Verfügung für den Fall, dass der Patient sich eines Tages in einer Lage befinden sollte, in der die Bedingungen für eine Euthanasie oder Beihilfe zum Suizid erfüllt sind.

<sup>1</sup> Es besteht auch ein Formular für Patienten, die nicht imstande sind, selbst das Dokument zu verfassen und zu unterschreiben (dieses Formular ist bei der ADMD-L erhältlich und auch per Internet zu finden: [www.sante.lu](http://www.sante.lu)).

<sup>2</sup> Laut des Gesetzes vom 16. März 2009 (Loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide) muss die Kommission alle 5 Jahre, ab dem Datum der Einschreibung der Verfügungen, den Verfasser um Wiederbestätigung derselben fragen. Diese können jederzeit wiederholt, abgeändert oder widerrufen werden. Jegliche Veränderungen müssen registriert werden.

## *Fakultative Eintragungen*

---

*Jede Person hat das Recht, seine persönlichen Wünsche und Bemerkungen betreffend die Umstände und Bedingungen festzulegen, unter welchen sie Sterbehilfe wünscht.*

### *1. Meine persönlichen Wünsche\*:*

*Ich verlange:*

- dass seitens der Ärzte nichts mehr zur Verlängerung meines Lebens unternommen werden soll, wenn keine Chance besteht, ein mir würdevolles Leben zu versichern,
- ich in diesem Sinne also weder an Herz-Lungenmaschinen angeschlossen, noch künstlich ernährt werden will,
- ich verweigere in diesem Sinne also jegliches „acharnement thérapeutique“.

Im Falle eines Abbruchs der Behandlung und/oder eines irreversiblen Komas, fordere ich dasselbe, auch dann, wenn der Tod noch nicht voraussehbar ist.

- *Eventuelle weitere persönliche Bemerkungen:*

---

---

---

---

---

---

---

*\* Erweitern oder ausstreichen*

*Ort, Datum:*

*Unterschrift:*

## 2. Als bevollmächtigte Vertrauensperson(en) ernenne ich hiermit:

Sie besitzt(en) eine Kopie dieser Verfügung und haben sich bereit erklärt, dafür zu sorgen, dass mein Wille respektiert wird. Sie werden den behandelnden Arzt über meine Verfügung aufklären und sollten selbst umgehend informiert werden, wenn ich mich in einer Lage befinde, in der diese Verfügung angewandt werden könnte.

1.

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ortschaft: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Telefon, E-Mail: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

2.

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ortschaft: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Telefon, E-Mail: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 3. Für meine Bestattung wünsche ich folgendes\*:

Zeremonie:  **Kirchlich**  **Laizistisch**

Musik: \_\_\_\_\_

Blumen: \_\_\_\_\_ Spenden: \_\_\_\_\_

Bestattung:  **Begräbnis**  **Feuerbestattung**

Friedhof: \_\_\_\_\_ Aschenverstreung: \_\_\_\_\_

\* Ankreuzen oder ausstreichen

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_