

BESTIMMUNGEN ZUM LEBSENDE FÜR EINEN HANDLUNGSFÄHIGEN ERWACHSENEN, DER DAUERHAFT PHYSISCH NICHT IN DER LAGE IST, DIE BESTIMMUNGEN ABZUFASSEN UND ZU UNTERZEICHNEN

gemäß dem Gesetz vom 16. März 2009 über Sterbehilfe und assistierten Suizid

Die Bestimmungen zum Lebensende sind ein im Voraus formuliertes Verlangen nach Sterbehilfe für den Fall, dass sich der Patient zu einem späteren Zeitpunkt seines Lebens nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft in einem Zustand der unumkehrbaren Bewusstlosigkeit befindet und aufgrund eines Unfalls oder einer Erkrankung von einem schweren und unheilbaren Leiden betroffen ist.

Jede volljährige und handlungsfähige Person, die dauerhaft physisch nicht in der Lage ist, die Bestimmungen zum Lebensende abzufassen und zu unterzeichnen, kann für den Fall, dass sie ihren Willen nicht mehr zum Ausdruck bringen kann, Bestimmungen zum Lebensende schriftlich niederlegen lassen.

Die Bestimmungen zum Lebensende müssen an die nachstehend angegebene Adresse gesandt werden.

Nationale Kommission zur Kontrolle und Evaluation des Gesetzes vom 16. März 2009 über Sterbehilfe und assistierten Suizid

Gesundheitsministerium

L – 2935 LUXEMBURG

Die Bestimmungen zum Lebensende müssen im Rahmen eines offiziellen systematischen Systems zur Registrierung von Bestimmungen zum Lebensende bei der Nationalen Kommission zur Kontrolle und Evaluation registriert werden. Die Bestimmungen können jederzeit wiederholt, zurückgenommen oder angepasst werden. Die Nationale Kommission zur Kontrolle und Evaluation ist gehalten, alle fünf Jahre gerechnet ab dem Datum des Registrierungsantrags eine Bestätigung des Willens des Erklärenden zu verlangen. Jegliche Änderungen an den Bestimmungen zum Lebensende müssen bei der Nationalen Kommission zur Kontrolle und Evaluation registriert werden. Allerdings darf keine Sterbehilfe geleistet werden, wenn der Arzt infolge der von ihm zu ergreifenden Schritte Kenntnis von einer Willensbekundung des Patienten erlangt, die später als die ordnungsgemäß registrierten Bestimmungen zum Lebensende erfolgte und in der er seinen Wunsch nach Sterbehilfe widerruft.

Rubrik I

Obligatorische Angaben

Die persönlichen Daten des Erklärenden lauten:

- Name, Vorname
- Adresse
- Nationale Versicherungsnummer (matricule)
- Geburtsdatum und Geburtsort
- Telefon

Fakultativ:

- Mobilnummer:
- E-Mail-Adresse:

Die Gründe, aus denen der Erklärende physisch dauerhaft nicht in der Lage ist, das Dokument abzufassen und zu unterzeichnen, lauten:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wie vorgesehen, füge ich im Anhang ein ärztliches Attest bei.

Ich habe die volljährige Person (Name, Vorname) benannt, um diese Erklärung niederzuschreiben. Die persönlichen Daten dieser Person lauten:

- Adresse
- Nationale Versicherungsnummer
- Telefonnummer
- Geburtsdatum und Geburtsort
- eventueller Verwandtschaftsgrad

Die erklärende Person bittet, Folgendes schriftlich festzuhalten:

„Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr zum Ausdruck bringen kann, lasse ich in diesen Bestimmungen zum Lebensende schriftlich festhalten, dass ich Sterbehilfe wünsche, wenn mein Arzt Folgendes feststellt:

- Ich leide an einem durch Unfall oder Krankheit bedingten schweren und unheilbaren Leiden,
- ich bin nicht bei Bewusstsein und
- diese Situation ist nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft nicht umkehrbar.

Persönliche Bemerkungen zu den Umständen und Bedingungen, unter denen ich Sterbehilfe möchte:

Diese Erklärung wurde freiwillig und bei vollem Bewusstsein verfasst. Ich wünsche, dass diese Bestimmungen zum Lebensende respektiert werden.“

Datum und Unterschrift der für die Niederschrift dieser Erklärung benannten Person in dem Fall, dass der Erklärende physisch dauerhaft nicht in der Lage ist, die Bestimmungen zum Lebensende abzufassen und zu unterzeichnen:

Datum

Unterschrift der benannten Person

+ Unterschrift des Erklärenden, falls er unterschreiben kann

Die Zeugen

Die volljährigen Zeugen, in deren Anwesenheit diese Erklärung abgefasst wird, sind:

Zeuge ❶

Name und Vorname

Adresse

Nationale Versicherungsnummer

Telefonnummer

Geburtsdatum und Geburtsort

eventueller Verwandtschaftsgrad.

Zeuge ❷

Name und Vorname

Adresse

Nationale Versicherungsnummer

Telefonnummer

Geburtsdatum und Geburtsort

eventueller Verwandtschaftsgrad.

Unterschrift Zeuge ❶	Unterschrift Zeuge ❷
----------------------	----------------------

Rubrik II

Zusätzliche Angaben

A. Die eventuell benannte volljährige Vertrauensperson, die den behandelnden Arzt über den Willen des Patienten gemäß dessen letzten Erklärungen zu seiner Person informiert.

Name und Vorname

Adresse

Nationale Versicherungsnummer

Telefonnummer

Geburtsdatum und Geburtsort

eventueller Verwandtschaftsgrad.

B. (Fakultative) Verfügungen bezüglich der Bestattungsart und der Beerdigungszeremonie
