Bitte beim Ausdruck beachten!
Die senkrechten Linien sind im Original genau 90 mm.

Alle Ärzte und deren Hilfsorgane sowie Therapeuten werden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den oben genannten Bevollmächtigten sowie gegenüber den von ihnen bevollmächtigten Rechtsanwälten ausdrücklich entbunden.
Änderungen meiner oben genannten Erklärungen sollen nur in schriftlicher Form gelten. Die Erklärung bindet auch meinen gesetzlichen Vertreter, Pfleger, Vormund, Betreuer und dergleichen.

---- ----
(Ort, Datum) (Unterschrift)

(ggf.): Schutzregisternummer der KVPM e.V.

(Notarielle Beglaubigung)

Herausgeber:
Bundesleitung der
Kommission für Verstöße der Psychiatrie
gegen Menschenrechte e.V.
Amalienstr. 49a
80799 München

Telefon: 089 / 273 03 54
Fax: 089 / 28 98 67 05

Weitere Landesgruppen in Deutschland:
Hamburg, Berlin, Düsseldorf, Frankfurt,
Karlsruhe, Mannheim, Stuttgart,
Schlüsselfeld

Hinweise im Notfall auf ein bestehendes psychiatrisches Testament

Ich, ----
geb. am ----
in ----
wohnh. in ----

---

habe im Vollbesitz meiner körperlichen und geistigen Kräfte, meinen Willen gegen jedwede Art psychiatrischer Therapie rechtsverbindlich niedergeschrieben.

Eine Zuwiderhandlung gegen diese notarielle, beglaubigte testamentarische Willenserklärung ist ein Rechtsbruch gegen bestehende Gesetze und wird von den in dieser Verfügung namentlich benannten Personen meines Vertrauens bzw. meines Anwaltes strafrechtlich verfolgt. **In einem Notfall sind an mir keine Behandlungen zu vollziehen, sondern die hier genannten Personen sofort zu benachrichtigen.**

Willenserklärung

Verweigerung der Einwilligung zu psychiatrischer und/ oder neurologischer Behandlung durch jegliche Person.

Ich, ----
geb. am ----
in ----
wohnhaft in ----

---

erkläre für den Fall, dass es für nötig gehalten wird, bei mir eine psychiatrische und / oder neurologische Behandlung sowie eine wie auch immer geartete Therapie zu diesem Zweck durchzuführen, folgendes: Nach reiflicher Überlegung, ausreichender Beratung und Information, habe ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte den festen Entschluss gefasst, dass ich jeder Art von unfreiwilliger Freiheitseinschränkung, Fesselung, Anwendung von Psychopharmaka, Insulin- und Elektroschocks, gehirnchirurgische Maßnahmen (im Sinn und Zweck von Lobotomie) etc., alle Arten von Sterilisation und Manipulation sexueller Natur usw., an meinem Körper **absolut wiederspreche**. Eine solche Behandlung steht meiner hier erklärten Willenserklärung entgegen. Dies gilt bereits, wenn bei mir eine Bewusstseinstrübung vorliegen könnte, ungeachtet jeglicher Ursache. Insbesondere aber gilt dies im Falle von Bewusstlosigkeit oder in Fällen, in denen die Meinung besteht, dass mir Geschäftsfähigkeit bzw. meine Einwilligungsfähigkeit fehlt oder Verständigung mit mir im tatsächlichen und / oder rechtlichen Sinne nicht möglich ist. Besonders in dieser Lage lehne ich den Kontakt mit Psychiatern ab. Zuwiderhandlungen erachte ich deshalb als Körperverletzung im strafrechtlichen Sinne. Die nachgenannten Bevollmächtigten sind beauftragt und ermächtigt, für mich entsprechende Strafanträge wegen Körperverletzung oder noch weitreichenderer Delikte zu stellen, Ansprüche, wie Unterlassungs- und Schadenersatzansprüche, zu verfolgen. Sollte in einem Notfall die Verständigung mit mir nicht möglich sein, ist eine der hier genannten Personen oder eine Zweigstelle der Kommission für Verstöße der Psychiatrie gegen Menschenrechte sofort darüber zu informieren. **Zur Durchsetzung meiner hier erklärten Entscheidung bevollmächtige ich folgende Person(en):**

Die obige Ermächtigung berechtigt die oben genannten Personen auch zur umfassenden Erteilung einer Prozessvollmacht. Sie schließt das Recht ein, Untervollmachten zu erteilen. Die Bevollmächtigten sind ermächtigt, die Verfolgung meiner Rechte über Rechtsanwälte sicherzustellen.