

Patientenverfügung

Ich

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

bestimme für den Fall, dass ich vorübergehend oder dauerhaft außerstande bin, meinen Willen zu bilden oder verständlich zu äußern, dass

1. diese Verfügung für folgende Situationen gültig ist:

JA NEIN

- Wenn ich mich nach ärztlicher Diagnose aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

- Wenn ich mich im Endstadium einer tödlich verlaufenden oder unheilbaren Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht abzusehen ist.

- Wenn aufgrund einer Gehirnschädigung meine Einsichtsfähigkeit, Entscheidungen zu treffen und diese anderen mitzuteilen, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren ist, auch wenn mein Tod noch nicht absehbar ist.

Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündungen, Tumore, fortgeschrittene Hirnabbauprozesse und indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen.

Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand möglich, aber sehr unwahrscheinlich ist.

Ort, Datum:

Unterschrift:

S. 2/7

JA NEIN

- Wenn ich aufgrund eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. Demenzerkrankung) auch mit dauernder Hilfestellung nicht mehr fähig bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise aufzunehmen.

- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Erkrankungen mit entsprechenden Symptomen sollen in derselben Weise beurteilt werden.

- _____

- _____

- _____

2. In sämtlichen von mir unter Punkt 1 mit „JA“ angekreuzten Situationen wünsche ich, dass folgende ärztliche und pflegerische Maßnahmen eingeleitet, unterlassen oder beendet werden:

Lebenserhaltende Maßnahmen

JA NEIN

- Ich wünsche, dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle unternommen wird, um mich am Leben zu erhalten und Beschwerden zu lindern.

- Ich wünsche die Unterlassung aller lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen, die lediglich den Todeszeitpunkt verzögern und dadurch mein Leiden unnötig verlängern würden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.

Schmerz- und Symptombehandlung

JA

NEIN

- Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptom- behandlung, insbesondere lindernde pflegerische Maßnahmen wie Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen wie die Bekämpfung von Schmerzen, Atemnot, Angst, Unruhe, Übelkeit und anderen

Krankheitserscheinungen.

- Ich wünsche, wenn andere medizinische Mittel keine Linderung bringen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel. Eine dadurch evtl. bedingte Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf.

- _____

- _____

Künstliche Ernährung

JA

NEIN

- Ich wünsche künstliche Ernährung, falls dies mein Leben verlängern kann.

- Ich wünsche künstliche Ernährung nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

- _____

- _____

Künstliche Flüssigkeitszufuhr

JA NEIN

- Ich wünsche eine künstliche Flüssigkeitszufuhr, falls dies verlängern kann. mein Leben

- Ich wünsche eine verminderte Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

- _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____ S. 4/7

Künstliche Beatmung

JA NEIN

- Ich wünsche eine künstliche Beatmung, falls dies mein verlängern kann. Leben

- Ich wünsche keine künstliche Beatmung oder die Einstellung einer bereits eingeleiteten Beatmung, aber die Linderung von Atembeschwerden und Luftnot mit Medikamenten und pflegerischen Maßnahmen. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

- _____

- _____

Dialyse

JA NEIN

- Ich wünsche eine künstliche Blutwäsche, falls dies mein verlängern kann. Leben

Antibiotika

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Ich wünsche Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich wünsche Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Blut/Blutbestandteile

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|-------------------------------|
| • Ich wünsche die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls mein Leben verlängern kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> dies |
| • Ich wünsche die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wiederbelebungsmaßnahmen

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Ich wünsche Wiederbelebungsmaßnahmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich wünsche Wiederbelebungsmaßnahmen, wenn sie im Rahmen von ärztlichen Maßnahmen (z.B. während einer Operation) erforderlich werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • _____ | | |

3. Ich wünsche eine Sterbebegleitung

- durch _____ einen/den _____ Hospizdienst
- _____ durch einen/den Seelsorger
- _____ durch _____

4. Ich möchte, wenn möglich, sterben

- im Krankenhaus.
 zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung.
 in einem Hospiz.
-

5. Ich besitze einen Organspendeausweis

JA NEIN

Dieser befindet sich bei/in: _____

**6. Ich besitze keinen Organspendeausweis,
stimme aber einer Entnahme meiner
Organe nach meinem Tod zu
Transplantationszwecken zu.**

JA NEIN

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____ S. 6/7

**7. Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte von der
Schweige- pflicht gegenüber folgenden Personen:**

(Name, Adresse, Telefon)

8. Sonstiges

Zusätzlich zu dieser Patientenverfügung habe ich
eine **Vorsorgevollmacht** erstellt. JA NEIN

Ich habe den Inhalt dieser Patientenverfügung mit folgender von mir
bevollmächtigten Person ausführlich besprochen:

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Ich habe eine **Betreuungsverfügung** erstellt. JA NEIN

Diese ist hinterlegt in/bei:

Weitere erklärende Bestandteile dieser Verfügung sind:

Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen.

Eine Ergänzung aufgrund einer bestehenden schweren Krankheit.

Diese Patientenverfügung habe ich nach sehr sorgfältigen Überlegungen erstellt.

Sie gilt als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts.

Diese Patientenverfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

__ Ort, Datum

Unterschrift

Diese Patientenverfügung entspricht weiterhin meinen Wünschen und Vorstellungen.

__ Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum:

Unterschrift:

Ich bestätige, dass der o.g. Verfasser zum Zeitpunkt der Aktualisierung seiner Patientenverfügung im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte und einsichtsfähig war.

_ Ort, Datum

Unterschrift und Arztstempel

Ergänzung aufgrund einer bestehenden schweren Krankheit

(Dieses Formular muss zusammen mit Ihrem behandelnden Arzt ausgefüllt werden!)

Diagnose:

Eventuelle Komplikationen	Vom Patienten erwünschte Behandlung

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift und Arztstempel

Patientenverfügung - Zusätzliche Willenserklärung für den
speziellen Fall einer Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-
2)

Ich

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

bestimme für den Fall einer Infektion mit SARS-CoV-2, welche mich vorübergehend oder dauerhaft außerstande setzt meinen Willen zu bilden oder verständlich zu äußern, dass folgende Maßnahmen bei der Behandlung ergriffen werden sollen:

1. Ich wünsche eine Maximaltherapie: JA NEIN **Alle**
Behandlungen, die meine Symptome lindern und medizinisch möglich
sind sollenergriffen werden, um mein Leben zu verlängern.

Eingeschlossen sind hier beispielweise Wiederbelebung, künstliche Beatmung, hochdosierte Sauerstofftherapie, künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe, Gabe von Antibiotika und Blutbestandteilen sowie Dialyse.

2. Ich wünsche eine Krankenhausbehandlung, jedoch
JA NEIN **keine Maximaltherapie.**

Es sollen zu meiner Behandlung medizinische Maßnahmen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung ergriffen werden, explizit ausschließen möchte ich intensivmedizinische Maßnahmen, wie z.B. Wiederbelebung, künstliche Beatmung, künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe, Dialyse sowie andere indizierte intensivmedizinische Maßnahmen. Nicht-invasive Maßnahmen, wie z.B. Medikamentengabe oder Infusionen,

Ort, Datum:

Unterschrift:

S. 4/3

Diese Willenserklärung für den speziellen Fall einer Infektion mit SARS-CoV-2 habe ich nach sehr sorgfältigen Überlegungen erstellt. Sie gilt als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts.

Ich habe sie freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum

Unterschrift