

Vorsorgevollmacht

Für den Fall, dass ich,

Name:

Geburtsdatum: Telefon:

Anschrift:

außerstande bin, meinen Willen zu bilden oder zu äußern, benenne ich hiermit als Person meines besonderen Vertrauens:

Name:

Geburtsdatum: Telefon:

Anschrift:

Ich erteile hiermit dieser Person die Vollmacht, mit den behandelnden Ärzten alle erforderlichen Entscheidungen abzusprechen. Sie darf in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung meines Gesundheitszustandes und zu Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich an dieser Behandlung sterben könnte oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide. Sie darf auch die Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen.

Zu diesem Zweck entbinde ich die mich behandelnden Ärzte gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

Diese Vorsorgevollmacht soll ohne zeitliche Begrenzung gültig sein.

Diese Vorsorgevollmacht soll nur für diesen stationären Aufenthalt gültig sein.

Ich weiß, dass ich diese Vollmacht jederzeit ohne Form widerrufen kann

Ort: Datum:

Unterschrift Vollmachtgeber:

Unterschrift Bevollmächtigter:

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich,

geboren am:

wohnhaft in:

durch Krankheit, Unfall oder einer schweren, gesundheitlichen Beeinträchtigung meinen Willen nicht mehr bilden/äußern kann (also einwilligungsunfähig bin), bestimme ich Folgendes:

1. Situationen, in denen diese Verfügung gilt:

- Im **Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit**, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Bei **dauerhaftem Koma** (Wachkoma, früher apallisches Syndrom) mit fehlender Aussicht auf Verbesserung nach aktuellem medizinischem Sachverstand.
- Bei **fortgeschrittenem Hirn-Abbauprozess** (Demenzerkrankung), wenn ich mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- In **vergleichbaren, nicht ausdrücklich erwähnten Krankheitszuständen**.

2. In den angekreuzten Situationen wünsche ich:

- Lindernde pflegerische und ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen.
Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.
- Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden.
- Keine Wiederbelebensmaßnahmen.

3. Vorsorgevollmacht

- Zur Durchsetzung meines Willens erteile ich einer Vertrauensperson/en eine Vorsorgevollmacht.

4. Wertevorstellungen

- Auf der nachfolgenden Seite habe ich meine Wertevorstellungen, eigene Bemerkungen und Ergänzungen, auch zur Orientierung für die Entscheidungsträger (Ärzte, Pflegekräfte), einschließlich des von mir bestellten Bevollmächtigten, ergänzt.

Ich weiß, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit abändern oder widerrufen kann.

Ort, Datum Unterschrift

Wertevorstellungen

- Ich möchte solange wie möglich leben, auch mit Leiden und Beschwerden.
- Ein langes Leben wünsche ich mir nur bei guter Lebensqualität: Leiden und Beschwerden ertrage ich nicht gerne, auch bin ich nicht gerne von anderen abhängig.
- Ich wünsche auf alle Fälle, dass man mir meine Schmerzen nimmt, ebenso auftretende Angst, Unruhe, Atemnot und Unwohlsein optimal behandelt, auch wenn sich dadurch mein Bewusstsein trübt und eventuell auch mein Allgemeinzustand sich verschlechtern sollte.
- Wenn ich an einer unheilbaren und sehr belastenden Krankheit leide, dann wünsche ich, dass man den natürlichen Lauf der Krankheit respektiert und nicht alles noch Mögliche tut, den Leidensprozess zu verlängern.
- Wenn bei meiner Krankheit keine Besserung in Sicht ist und ich krankheitsbedingt so verwirrt bin, dass ich Familie und Freunde nicht mehr erkenne oder mich nicht mehr äußern kann, dann bitte ich nur noch um eine Behandlung von Schmerzen und anderen Leiden und insbesondere um eine menschliche und pflegerische Betreuung.
- Ich bitte, auf meine Ängste und Schwächen Rücksicht zu nehmen und mich nicht über alles Negative oder über die unheilbare Krankheit aufzuklären, aber den Personen meines Vertrauens alles genau und wahrheitsgemäß zu sagen und mit ihnen darüber zu beraten.
- Wenn ich unheilbar krank bin und keinen Hunger und Durst habe, dann möchte ich nicht lebensverlängernd künstlich ernährt werden. Man sollte der Krankheit ihren Lauf lassen und nur Schmerzen und Leiden behandeln.
- Ich stimme einer Organspende zu.
- Alle sollen mich als Mensch und Person behandeln, nicht nur meine Krankheit und deren Symptome (Körperveränderungen).
- Ich wünsche mir die Begleitung durch einen Seelsorger und durch Personen meines Vertrauens

Eigene Wünsche und Werte habe ich im Nachfolgenden festgelegt

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....