

Patientenverfügung mit fachlicher Beratung

Für den Fall, dass ich

Name:

geboren am

wohnhaft:

durch Krankheit, Unfall oder einer schweren gesundheitlichen Beeinträchtigung zur Bildung oder Äußerung meines Willens nicht mehr in der Lage bin, erkläre ich:

Ich wünsche in jeder Situation eine Maximaltherapie ohne zeitliche Begrenzung: – Ja
 – Nein

Ich lehne bestimmte medizinische Maßnahmen grundsätzlich ab und habe dies in der „Anlage Therapiebegrenzung“ dokumentiert: – Ja
 – Nein

Ich wünsche zunächst eine Maximaltherapie. Sollte es jedoch nicht möglich sein, mich wieder von der Intensivstation zu verlegen, wünsche ich eine schrittweise Reduktion der Therapie: – Ja
 – Nein
 – Die Dauer der Maximaltherapie soll mit meiner bevollmächtigten Person abgesprochen werden.
 – Details wurden in der „Anlage Therapiebegrenzung“ festgelegt.

Bei **schwerem Dauerschaden des Gehirns** im Sinne eines Wachkomas (apallisches Syndrom), wünsche ich eine Maximaltherapie ohne zeitliche Begrenzung: – Ja
 – Nein
 – Die Dauer der Maximaltherapie soll mit meiner bevollmächtigten Person abgesprochen werden.
 – Details wurden in der Anlage „Wachkoma“ festgelegt.

Mir ist bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann.

Bei **fortgeschrittener Altersdemenz** wünsche ich eine Maximaltherapie ohne zeitliche Begrenzung: – Ja
 – Nein
 – Die Dauer der Maximaltherapie soll mit meiner bevollmächtigten Person abgesprochen werden.
 – Details wurden in der Anlage „Altersdemenz“ festgelegt.

Ich versichere, dass ich die vorstehende Erklärung freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte unterzeichnet habe.

Ort:.....Datum:.....Unterschrift

Fachliche Beratung erfolgte durch:

Unterschrift Berater/in

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 diese Vollmacht jederzeit ohne Form widerrufen werden kann.

Ort:Datum:

Unterschrift Vollmachtgeber:

Unterschrift Bevollmächtigter:

Anlagen zur Patientenverfügung von

Name.....

Anlage Therapiebegrenzung:

Grundsätzliche Festlegungen:

Prinzipiell bin ich bei bestehender medizinischer Indikation einverstanden mit

Wiederbelebung (Reanimation)	<input type="radio"/> – Ja; <input type="radio"/> – Nein;
Künstlicher Beatmung	<input type="radio"/> – Ja; <input type="radio"/> – Nein;
Lufttröhrenschnitt (Tracheotomie)	<input type="radio"/> – Ja; <input type="radio"/> – Nein;
Nierenersatztherapie (Dialyse)	<input type="radio"/> – Ja; <input type="radio"/> – Nein;
Behandlung in einer Intensivstation	<input type="radio"/> – Ja; <input type="radio"/> – Nein;
Stationärer Behandlung im Krankenhaus	<input type="radio"/> – Ja; <input type="radio"/> – Nein;
Dauerbeatmung im Pflegeheim	<input type="radio"/> – Ja; <input type="radio"/> – Nein;
Anlage einer PEG (Ernährungssonde)	<input type="radio"/> – Ja; <input type="radio"/> – Nein;
Künstlicher Ernährung	<input type="radio"/> – Ja; <input type="radio"/> – Nein;

Festlegungen für die Therapiedauer auf Intensiv: – Ja; – Nein;

Sollte es nicht möglich sein, mich wieder von der Intensivstation zu verlegen, wünsche ich **nach einer Behandlungsdauer** auf der Intensivstation von ca. Wochen:

Eine schrittweise Reduktion der Beatmung ohne nochmalige Steigerung:	<input type="radio"/> – Ja; <input type="radio"/> – Nein
Herzdruckmassage:	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Min.; <input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Elektroschock („Defibrillation“):	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Versuche; <input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Nierenersatztherapie („Dialyse“):	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Höchstens weitere Wochen; <input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Künstliche Ernährung:	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Höchstens weitere Wochen; <input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;

Anlage Wachkoma:

Falls ich möglicherweise einen **schweren Dauerschaden des Gehirns im Sinne eines Wachkomas (apallisches Syndrom)** erlitten habe, wünsche ich zunächst in jeder Hinsicht eine Maximaltherapie. Sollte jedoch nach Monaten (z.B. 3 – 12) keine Besserung erkennbar sein und meine Fähigkeit Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen sein, verlange ich ab diesem Zeitpunkt:

Herzdruckmassage:	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Min.; <input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Elektroschock („Defibrillation“):	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Versuche; <input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Beatmung:	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Wochen; <input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Nierenersatztherapie („Dialyse“):	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Wochen; <input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Künstliche Ernährung	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Wochen; <input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Stationäre Krankenhausbehandl.	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Wochen; <input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Behandlung in einer Intensivstat.	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Wochen; <input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Antibiotika:	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Wochen; <input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Blutprodukte:	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Wochen; <input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;

Ort:.....Datum:.....Unterschrift:.....

Anlagen zur Patientenverfügung von

Name.....

Anlage Altersdemenz:

Falls ich durch **Altersdemenz länger als Monate inaktiv, desorientiert und einwilligungsunfähig, aber noch kontaktfähig** bin, verlange ich:

Anlage einer PEG:	<input type="radio"/> – Verzicht;	<input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Herzdruckmassage:	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Min.;	<input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Elektroschock („Defibrillation“):	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Versuche;	<input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Beatmung:	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Wochen;	<input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Nierenersatztherapie („Dialyse“):	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Wochen;	<input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Künstliche Ernährung:	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Wochen;	<input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Stationäre Krankenhausbehandl.:	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Wochen;	<input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Behandlung in einer Intensivstat.:	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Wochen;	<input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Antibiotika:	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Wochen;	<input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Blutprodukte:	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Wochen;	<input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;

Mit operativen Eingriffen bin ich in dieser Situation:

- bei gegebener medizinischer Indikation einverstanden.
- nur einverstanden, wenn dadurch Leiden (z.B. Schmerzen, Erbrechen) wahrscheinlich gelindert wird. Postoperativ wünsche ich:
 - Beatmung: – Begrenzung aufTage; – Ohne Begrenzung;
 - Intensivstation: – Begrenzung aufTage; – Ohne Begrenzung;
 - Künstliche Ernährung: – Begrenzung aufTage; – Ohne Begrenzung;
- in keinem Fall einverstanden und verlange die Ausschöpfung aller konservativen lindernden Maßnahmen.

Falls ich durch **Altersdemenz länger als Monate kontakunfähig** bin, verlange ich:

Anlage einer PEG:	<input type="radio"/> – Verzicht;	<input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Herzdruckmassage:	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Min.;	<input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Elektroschock („Defibrillation“):	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Versuche;	<input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Beatmung:	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Wochen;	<input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Nierenersatztherapie („Dialyse“):	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Wochen;	<input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Künstliche Ernährung:	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Wochen;	<input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Stationäre Krankenhausbehandl.:	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Wochen;	<input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Behandlung in einer Intensivstat.:	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Wochen;	<input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Antibiotika:	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Wochen;	<input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;
Blutprodukte:	<input type="radio"/> – Verzicht; <input type="radio"/> – Begrenzung auf Wochen;	<input type="radio"/> – Ohne Begrenzung;

Mit operativen Eingriffen bin ich in dieser Situation:

- bei gegebener medizinischer Indikation einverstanden.
- nur einverstanden, wenn dadurch Leiden (z.B. Schmerzen, Erbrechen) wahrscheinlich gelindert wird. Postoperativ wünsche ich:
 - Beatmung: – Begrenzung aufTage; – Ohne Begrenzung;
 - Intensivstation: – Begrenzung aufTage; – Ohne Begrenzung;
 - Künstliche Ernährung: – Begrenzung aufTage; – Ohne Begrenzung;
- in keinem Fall einverstanden und verlange die Ausschöpfung aller konservativen lindernden Maßnahmen.

Ort:.....Datum:.....Unterschrift:.....