

Patientenverfügung

von

Vorname

PLZ, Wohnort

Meine Werte und Wünsche



Knappschaftskrankenhaus
BOTTROP

Patientenverfügung

Knappschaftskrankenhaus Bottrop



KNAPPSCHAFT



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in dieser Patientenverfügung treffen Sie Entscheidungen für bestimmte Situationen, in denen Sie nicht / nicht mehr für sich selbst sprechen und entscheiden können. Diese Entscheidungen sollen von Ihren Gesetzlichen Vertretern (Bevollmächtigte, Betreuer) vertreten und ggf. von Ärzten, Pflegekräften etc. respektiert und befolgt werden.

Um Ihre Entscheidungen, die Sie in dieser Patientenverfügung treffen, besser zu verstehen, ist es hilfreich und sinnvoll etwas über Ihre Lebenseinstellungen und -ziele, Ihre Wertvorstellungen, Ihre religiöse Überzeugung und auch über Ihre Vorstellungen in Bezug auf Alter, Krankheit, Hilfsbedürftigkeit und den eigenen Tod zu erfahren.

Deshalb empfehlen wir Ihnen unter dem Punkt Wertvorstellungen / Lebensphilosophie zu den nachfolgenden Fragen etwas zu schreiben:

- Woran glaube ich? Was erhoffe ich?
- Was war und ist mir im Leben wichtig und wertvoll?
- Welche Ziele habe ich im Leben verfolgt / verfolge ich?
- Was macht mir Angst?
- Was möchte ich auf jeden Fall vermeiden?
- Wie stehe ich zu den Lasten (Einschränkungen, Schmerzen, Schwäche etc.), die Alter und Krankheit oft mit sich bringen?
- Wie gehe ich mit eigener Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeit um?
- Was bedeutet der Tod für mich?

Weiter empfehlen wir Ihnen, mit denen, die Ihnen nahe stehen und mit denen, die später für Sie sprechen sollen (Bevollmächtigte) über das, was Sie in der Patientenverfügung festgelegt haben, zu sprechen.

Es ist auch sehr sinnvoll, mit Ihrem Hausarzt oder einem Arzt Ihres Vertrauens über die Patientenverfügung zu sprechen.

Persönliche Angaben

.....
Vorname

.....
Nachname

.....
Geburtsdatum

.....
PLZ, Wohnort

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
Telefon

.....
Religionszugehörigkeit / Glaubensgemeinschaft

Meine Wertvorstellungen / meine Lebensphilosophie

(siehe Fragen auf der folgenden Seite)

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

(verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt)

Meine Verfügung:

Wenn ich krank oder verletzt oder aus anderem Grund hilfsbedürftig bin, erwarte ich grundsätzlich, dass von ärztlicher, pflegerischer und therapeutischer Seite alles, was möglich und sinnvoll ist, getan wird, um mich zu heilen, mein Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.

Wenn aber eine (oder mehrere) der nachfolgend unter A. aufgeführten Situationen eintritt (eintreten), sollen die unter B. angekreuzten Entscheidungen gelten.

A. Situation, in denen die nachfolgend unter B angekreuzten Entscheidungen gelten sollen: *(bitte ankreuzen)*

Wenn ich meinen Willen nicht mehr bilden oder nicht mehr verständlich zum Ausdruck bringen kann und ich nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen/Ärzte...



...das Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit erleide,



...durch eine Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren habe (Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Organversagen. Mir ist bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann (z. B. beim sog. ‚Wachkoma‘) und dass eine Verbesserung dieses Zustandes nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist,



...in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung, Flüssigkeit und Medikamente auf natürliche Weise zu mir zu nehmen,



.....
(eigene Situationsbeschreibung, in denen diese Verfügung gelten soll; ggf. Zusatzblatt)

Dann möchte ich, dass die nachfolgend unter B. angekreuzten Entscheidungen respektiert werden.

B. Für die unter A angekreuzten Situation entscheide ich:

(bitte ankreuzen)

1) Schmerz- und Symptombehandlung

Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung (Lindern von Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und andere belastende Symptome).

Ich möchte keine (Schmerz-) Medikamente, die mich dauerhaft bewusstlos machen

oder

Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten der Schmerz- und Symptombehandlung versagen, akzeptiere ich auch Medikamente, die mich dauerhaft bewusstlos machen.

2) Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr

Grundsätzlich erwarte ich, dass Hunger und Durst auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich will...

...keine dauerhafte künstliche Ernährung.

...keine dauerhafte künstliche Flüssigkeitszufuhr.

...die Reduzierung der künstlichen Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

B. Für die unter A angekreuzten Situation entscheide ich:

(bitte ankreuzen)

3) Künstliche Beatmung

- Ich will keine künstliche Beatmung. Eine bereits eingeleitete Beatmung soll eingestellt werden. Ich möchte aber Medikamente zur Linderung etwaiger Luftnot. Wenn diese Medikamente mein Bewusstsein dämpfen oder meine Lebenszeit verkürzen nehme ich das in Kauf.

4) Dialyse

- Es soll keine Dialyse durchgeführt werden.
Falls bereits eine begonnen wurde, soll sie sofort eingestellt werden.

5) Antibiotika

- Ich will keine Antibiotika.

6) Wiederbelebende Maßnahmen (Reanimation)

- Alle Versuche zur Wiederbelebung sollen unterlassen werden.
Es soll kein Notarzt gerufen werden. Falls doch einer gerufen wurde, soll er informiert werden, dass ich keine Wiederbelebung will.

Aufenthalt und Beistand

Für die letzte Zeit meines Lebens möchte ich...

- ...wenn möglich zu Hause bleiben.
- ...in ein Hospiz.
- ...in ein Pflegeheim.
- ...in ein Krankenhaus.
- ...seelsorgerisch betreut werden.
- ...dass die in meiner Glaubensgemeinschaft für schwere Krankheit und für das Sterben vorgesehenen Rituale, Gebete und Sakramente angewendet werden.

Persönliche Ergänzungen zu Aufenthalt und Beistand (z. B. Glaubensgemeinschaft, bestimmte Personen, die Sie um Beistand bitten, Personen die Sie nicht sehen möchten...)

.....

.....

.....

.....

.....

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille vom Behandlungsteam befolgt wird. Meine Bevollmächtigten sollen dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird. In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret bedacht sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein.



Es liegt eine Vorsorgevollmacht vor!

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

IMPRESSUM

Herausgeber:

Knappschaftskrankenhaus Bottrop GmbH
Allgemeine Verwaltung / Öffentlichkeitsarbeit
in Zusammenarbeit mit dem Ethikkomitee
Osterfelder Straße 157, 46242 Bottrop

Tel.: (02041) 15-0

Email: ethik@kk-bottrop.de

www.kk-bottrop.de

Nachdruck, auch auszugsweise, ist nur
mit ausdrücklicher Genehmigung des
Herausgebers gestattet.

Stand: Juni 2016