

gesundheitliche VORSORGEVOLLMACHT

Für den Fall, dass ich meine Angelegenheiten nicht mehr selber regeln und nicht mehr für mich selbst entscheiden kann, bevollmächtige ich – jederzeit widerruflich –

Frau / Herrn _____ geb. _____

Adresse: _____

Tel.: _____

ersatzweise / in Absprache mit:

Frau / Herrn _____ geb. _____

Adresse: _____

Tel.: _____

mich in allen Fragen meiner gesundheitlichen Situation zu vertreten. Die Vollmacht umfasst die Befugnis und das Recht zur Einwilligung in ärztliche Maßnahmen wie Untersuchungen, ärztliche Eingriffe und Therapien, das Recht auf Aufenthaltsbestimmung sowie das Mitspracherecht bei der Art der Unterbringung oder bei der Anwendung von notwendigen Fixierungen oder anderen Bewegungseinschränkungen wie z. B. Bettgitter usw.

In allen vorgenannten Angelegenheiten sind die Bevollmächtigten befugt, meine Rechte gegenüber Ärzten, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen o.ä. wahrzunehmen und alle nötigen Informationen zu verlangen, und Einsicht in die Krankenakten zu nehmen, um notwendige Entscheidungshilfen zu haben. Die betroffenen Verantwortlichen werden hierzu von ihrer Schweigepflicht entbunden.

Sollte eine rechtliche Betreuung erforderlich werden, so verfüge ich

hiermit, dass Frau / Herr _____ als Betreuer in allen Fragen meiner gesundheitlichen Situation ernannt wird.

Die Patientenverfügung und die damit verbundene Vorsorgevollmacht gelten solange, bis ich sie widerrufe. Um meinen dort niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen in vollem Umfang:

Datum _____ Unterschrift _____

Die von mir bevollmächtigten Personen kennen den Inhalt meiner Patientenverfügung und werden sich für deren Umsetzung einsetzen.

Unterschrift der Bevollmächtigten:

Ort, Datum:

Name:

Aktualisierung

Ich habe meine Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht noch einmal überprüft und bestätige diese in vollem Umfang:

Ort, Datum:

Unterschrift:

persönliche Anmerkung:

*Sie sollen
gehört werden,
wenn andere
für Sie entscheiden.*



Patientenverfügung

von

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Mein Leben ist mir geschenkt
und ich will verantwortlich damit umgehen.

Das heißt für mich:

Ich erwarte, dass die natürlichen Grenzen akzeptiert
werden und der Prozess des Sterbens nicht künstlich
verlängert wird.

Hospizbewegung St. Martin e.V.
40764 Langenfeld · Tel.: 02173/856560



www.ambulante-hospizbewegung-langenfeld-monheim.de

14. Auflage / März 2024

2,00 €

Ich verfüge für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, gegenüber meinen Bevollmächtigten und Betreuern, meinen Ärzten, den Mitarbeitern im Seniorenwohnheim- oder Pflegeheim, in dem ich im entscheidenden Zeitpunkt ggf. wohne, sowie gegenüber jedem, der sonst Entscheidungen über meine Person zu treffen hat, folgendes:

Ich möchte in Ruhe und menschenwürdig sterben und bitte meine Angehörigen und alle für mich zuständigen Personen, mir gerade dann beizustehen, wenn *

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, z. B. bei _____

- ich aufgrund lang anhaltender Bewusstlosigkeit oder bei fortgeschrittenen Hirnabbauprozessen meine Fähigkeiten Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten **dauerhaft** verloren habe oder geistig dauerhaft so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß wo ich bin und Familie oder Freunde nicht mehr erkenne.

Ursachen dafür können sein: z.B. Unfall, Herz-Lungenversagen, Wiederbelebung, Schlaganfall oder andere unumkehrbare Gehirnschädigungen.

- Wenn eine Hirntod-Diagnose feststeht bin ich mit einer Organentnahme einverstanden.
- _____

In diesen beschriebenen Situationen, insbesondere, wenn weiter medizinische Komplikationen auftreten, verfüge ich, dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen oder auch abgebrochen werden, wie z. B.:

- Wiederbelebung
- Beatmung
(bei geplanter Organspende stimme ich der Beatmung zu)
- Dialyse
- Blut- und Blutersatzmittelübertragung
- Verabreichung von herzstärkenden und blutdrucksteigernden Medikamenten
- Antibiotikatherapie
- Antiarrhythmika (bei Herzrhythmus-Störungen)
- Chemotherapie und Bestrahlung, es sei denn sie wird als palliative Maßnahme eingesetzt
- Herzschrittmacher bzw. Defibrillator

Eine Flüssigkeitszufuhr über einen venösen Zugang

- soll nach ärztlichem Ermessen reduziert werden
- soll nur zur Zufuhr von Medikamenten aufrechterhalten werden, die meine Situation erträglicher machen können
- soll nicht durchgeführt werden

Eine dauerhafte künstliche Ernährung z. B. über PEG soll

- nicht begonnen oder aber abgebrochen werden, auch wenn ich infolge einer Erkrankung selbst mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr ausreichend Nahrung oder Flüssigkeit aufnehmen.
- Besonders bei Hirnabbauprozessen wie allen fortgeschrittenen demenziellen Veränderungen wünsche ich, dass man mir mit Geduld so viel zuführt, wie ich annehme.
- Ich wünsche eine fachgerechte Mundpflege zur Vermeidung eines unangenehmen Durstgefühls, sowie sorgfältige – der Situation angepasste – Körperpflege bis zuletzt.

Insbesondere erwarte ich, dass mir bei Schmerzen, Atemnot und Erstickungsängsten, Übelkeit, Angst – sowie anderen qualvollen Zuständen und belastenden Symptomen ausreichend Medikamente verabreicht werden, die mich davon befreien, selbst wenn dadurch der Tod früher eintreten könnte.

In all den genannten oder ähnlichen Situationen verweigere ich auch alle diagnostischen und operativen Maßnahmen, außer sie dienen dazu, mein Leiden zu lindern.

In allen belastenden Situationen bitte ich um

- menschliche Zuwendung und Begleitung
- um seelsorglichen Beistand durch:

Ich gebe diese Erklärung nach sorgfältiger Überlegung und in der vollen Verantwortung für mich selbst ab.

- Ein Informationsgespräch hat stattgefunden.

Ich weiß, dass ich die Aussagen meiner Patientenverfügung jederzeit widerrufen kann. Wenn ich sie nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird.

Im Falle einer unklaren Situation, Unsicherheit der Bevollmächtigten oder einer der behandelnden Personen, verweise ich auf die Möglichkeit einer ethischen Fallbesprechung.

Bestätigung der Entscheidungsfähigkeit*

Frau / Herr _____

hat in einem Gespräch ihre/seine Aussage bestätigt und begründet. Sie / Er war m. E. in vollem Umfang entscheidungsfähig.

Datum _____ Unterschrift _____

*Nicht zwingend erforderlich jedoch durch den behandelnden Arzt empfohlen.