

Fragebogen zur Patientenverfügung

Name, Vorname, Geburtsname:

Geboren am und in:

wohnhaft:

Vertrauensperson, die bei einer Entscheidung mit herangezogen werden soll:

Name, Vorname, Geburtsname

geboren am

wohnhaft

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt,

*(Zutreffendes
ankreuzen)*

- wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitraum noch nicht absehbar ist.
- wenn in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist. Der Todeszeitpunkt ist aber absehbar.
- Beispiele hierfür: Gehirnschädigungen durch einen Unfall oder nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen, Schlaganfall, Gehirnentzündung. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- wenn ich in Folge eines sehr weit fortgeschrittenen Gehirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zunehmen.
- (von Ihnen selbst genannte Situationen:)
- vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

2. Ich bestimme nachfolgendes (Alternativen bitte beachten):

(Zutreffendes
ankreuzen)

- dass nur lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, z. B. Schmerztherapie durchgeführt werden. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahme nehme ich in Kauf.

O D E R

- dass das medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.

- dass Transplantationen durchgeführt werden, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte.

O D E R

- dass keine Transplantationen durchgeführt werden, auch wenn dadurch mein Leben verkürzt wird.

- keine bewusstseinsdämpfende Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.

O D E R

- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Schmerzlinderung.

- dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird

O D E R

- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt.

- dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgt.

O D E R

- dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen reduziert erfolgt.

(Zutreffendes
ankreuzen)

O D E R

- dass jegliche künstliche Flüssigkeitszufuhr unterlassen wird.

- dass in jedem Fall eine Wiederbelebung versucht wird.

O D E R

- dass Wiederbelebungsversuche unterbleiben.

- dass eine künstliche Blutwäsche (Dialyse) durchgeführt wird, falls diese mein Leben verlängern kann

O D E R

- dass keine Dialyse durchgeführt wird bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

- Ich wünsche Antibiotika, falls diese mein Leben verlängern können

O D E R

- ich wünsche Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.

- ich wünsche die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls diese mein Leben verlängern können

O D E R

- ich wünsche die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden.

O D E R

- ich wünsche keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (ggf.: ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt).

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

(Zutreffendes ankreuzen)

- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor

O D E R

- gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

O D E R

- lehne ich eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

- Die Durchführung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden, lehne ich ab.

3. Sonstige Wünsche

- Ich möchte zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden

O D E R

- zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben

O D E R

- in einem Hospiz sterben.

4. Weitere Wünsche (von Ihnen selbst formuliert)