

Ergänzung zur PATIENTENVERFÜGUNG IM FALL SCHWERER KRANKHEIT¹

1. Personalien

.....
(Name)

.....
(Geburtsdatum)

.....
(Anschrift)

2. Krankheitsgeschichte und Diagnose²

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

3. Was mir jetzt wichtig ist³

Ich weiß, dass meine Erkrankung nicht mehr geheilt werden kann. Sollte ich nicht mehr in der Lage sein, Entscheidungen über meine Behandlung zu treffen, so wünsche ich ausdrücklich:

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

¹ Eine Broschüre für medizinische Fachkräfte zu diesem Thema kann beim Christophorus Hospiz Verein e. V., Rotkreuzplatz 2a, 80634 München, Tel. 089 / 1307870, bezogen werden.

² Sollte vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden.

³ Grundsätzliche Überlegungen (z. B. Krankenhauseinweisung, Sterben zu Hause, persönliche Werte in der Situation u. a.).

Darüber hinaus ist mir besonders wichtig:⁴

Diagnostische Maßnahmen oder eine Einweisung in ein Krankenhaus sollen nur dann erfolgen, wenn sie einer besseren Beschwerdelinderung dienen und ambulant nicht durchgeführt werden können.

Mein Wunsch ist es, zu Hause zu bleiben. Sollte das nicht gehen, möchte ich nach Möglichkeit in die Pflegeeinrichtung/Krankenhaus, Station:

.....
(Name, Anschrift)

..... eingeliefert werden.
(Telefon)

Ich wünsche den Beistand meiner Kirche/Glaubensgemeinschaft

.....
in Person von:
(Name)

.....
(Anschrift/Telefon)

Ich wünsche die Unterstützung durch einen Hospiz- oder Palliativdienst:

.....
(Anschrift/Telefon)

4. Momentane Medikation

Die aktuelle Medikation, Indikation und Dosierung bereitliegender Notfallmedikamente sollten auf einem gesonderten Blatt beigelegt sein.

zuletzt geändert am:

.....
(Name und Adresse des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft)

.....
(Unterschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft)

⁴ Zutreffendes habe ich angekreuzt.

5. Notfallplan⁵

Mögliche Komplikation	Vom Patienten gewünschte Behandlung

.....
 (Name und Anschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft)

..... (Telefon)

.....
 (*Unterschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft*)

Ort/ Datum:

.....
 (*Unterschrift des Patienten*)

⁵ Muss gemeinsam mit dem behandelnden Arzt oder einer Palliativpflegekraft ausgefüllt werden.

Aktuelle Medikation

Medikament	Uhrzeit						Zweck

.....
(zuletzt geändert am)

.....
(Name und Anschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft:)

..... (Telefon)

.....
(Unterschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft)