

Ich Sorge vor:

**Patientenverfügung und
Vorsorgevollmacht in
medizinischen Fragen**

sowie

**Stellungnahme zur
Organspende**

Einleitung

Wir alle möchten Entscheidungen, die uns selbst betreffen, eigenständig fällen und tun dieses täglich. Umso wichtiger sind diese Entscheidungen, wenn sie unseren Körper und unsere Einstellung zu Leben und Tod betreffen. Nur wir können individuell zu Fragen der Behandlungsintensität im Falle einer Krankheit oder der Lebensqualität, die für uns lebenswert ist, Stellung nehmen. Viele Menschen haben heutzutage Angst, dass sie am Ende ihres Lebens der sogenannten „Apparatemedizin“ machtlos ausgeliefert sind. Sie fürchten, dass sie im Zustand der Entscheidungsunfähigkeit möglicherweise in einen persönlich für sie nicht lebenswerten Zustand geraten bzw. dass eine unumkehrbare Sterbephase künstlich verlängert wird. Wir als Behandlungsteam möchten Sie ermuntern, sich schon heute Gedanken über diese Themen zu machen, damit wir Sie nicht nur heute, sondern auch in Zukunft so betreuen können, wie Sie es wünschen. Wir möchten Ihren Willen immer respektieren, er muss uns nur bekannt sein!

Sprechen Sie mit Ihrem behandelnden Arzt, Ihrer Familie, Ihrer Vertrauensperson. Machen Sie sich Gedanken und schreiben Sie diese auf (Patientenverfügung).

Benennen Sie eine Person, die Sie gut kennen, zu der Sie Vertrauen haben, mit der Sie über solche Themen sprechen können und die, im Fall der Fälle, für Sie in einer lebensbedrohlichen Situation entscheiden soll (Vorsorgevollmacht).

Nutzen Sie auch die Gelegenheit, sich zum Thema Organspende Gedanken zu machen (Stellungnahme zur Organspende). Eine solche Spende kann Leben retten. Mit dem Organspendeausweis können Sie individuell festlegen, ob und gegebenenfalls welche Organe Sie spenden möchten. Wünschen Sie keine Organspende, können Sie dies auch auf dem Ausweis vermerken.

Patientenverfügung

Name

Geb. Datum

Adresse

Datum der Erstaussstellung

Mit diesem Schreiben bringe ich meinen Willen zum Ausdruck für den Fall, dass ich in einen Lebenszustand gerate, in welchem ich meine Urteils- oder Entscheidungsfähigkeit verloren habe und nicht mehr in der Lage sein sollte, meine Wünsche bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person zu äußern.

Ich bin über die rechtliche Verbindlichkeit der Patientenverfügung informiert. Diese hier geäußerte Meinung gilt, solange ich meine Patientenverfügung nicht abändere oder insgesamt widerrufe.

Ich wünsche, dass der mich behandelnde Arzt bei der medizinischen Betreuung die von mir benannte Vertrauensperson (siehe Vorsorgevollmacht) bzw. eventuell auch meinen Hausarzt zur Beratung hinzuzieht.

Diese Patientenverfügung soll in folgenden Situationen angewendet werden (Zutreffendes ist angekreuzt)

- Bei einem Zustand dauernder Bewusstlosigkeit, in den ich durch schwere Dauerschädigung meiner Gehirnfunktion gerate, und in dem ein eigenständiges Leben ohne Unterstützung durch Geräte (Beatmungsmaschine, Dialysemaschine oder ähnliche aufwändige medizinische Geräte) nicht mehr möglich ist.

Ja Nein

- Im Endstadium einer Erkrankung, wenn nach Prognose von mindestens zwei Fachärzten und gegebenenfalls nach Rücksprache mit meinem behandelnden Hausarzt diese der Ansicht sind, dass ich mich im Endstadium der Erkrankung befinde und der Sterbeprozess bereits angefangen hat.

Ja Nein

- Bei einem fortgeschrittenen Hirnabbauprozess, z. B. bei einer Alzheimer-Demenz mit vollständiger Pflegebedürftigkeit, wenn ich z. B. nicht mehr in der Lage bin, meine Angehörigen zu erkennen oder mir angebotene Nahrung zu schlucken.

Ja Nein

- In ähnlichen Krankheitssituationen, die hier nicht ausdrücklich erwähnt sind.

Ja Nein

•

Ja Nein

In diesen Situationen möchte ich:

- Wiederbelebensmaßnahmen Ja Nein
- den Einsatz medizinischer Maßnahmen wie z. B. invasiver Beatmung, Dialyse, Chemotherapien, Bestrahlungen, Antibiotikagabe usw., nur wenn diese der eindeutigen Linderung von akuten Symptomen wie z. B. Schmerz oder Atemnot dienen
Ja Nein
- diagnostische Eingriffe oder Behandlungsmaßnahmen, die eine Verlängerung des Sterbensvorganges bedeuten können
Ja Nein
- künstliche Ernährung über Ernährungssonden oder Katheter
Ja Nein
- eine Gabe von Flüssigkeit, wenn diese erkennbare quälende Symptome lindern soll
Ja Nein
- eine ausreichende ärztliche und pflegerische Hilfe zur Bekämpfung von z. B. Schmerzen, Atemnot, Unruhe, Angst usw.
Ja Nein
- eine seelsorgerische Begleitung Ja Nein
- Ja Nein

Mir ist bewusst, dass diese Maßnahmen evtl. meine Lebenszeit verkürzen können und nehme dies in Kauf.

Meine persönlichen Gedanken

A series of 14 horizontal grey bars stacked vertically, providing space for writing personal thoughts.

Vorsorgevollmacht (gilt nicht für Vermögensfragen und Aufenthaltsbestimmung)

Name

Geb. Datum

Adresse

Datum der Erstausstellung

Hiermit bevollmächtige ich gemäß § 1896, Absatz II des
Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) als meine(n) rechtsgeschäftlich
bestellte(n) Vertreter(in):

Bevollmächtigte(r) Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift, Telefon

Unterschrift des/der Bevollmächtigten

Sollte der/die von mir genannte Bevollmächtigte nicht in der Lage oder nicht mehr willens sein, die Vollmacht zu übernehmen, so benenne ich in der folgenden Reihenfolge als Bevollmächtigte:

1.

Name, Vorname, Geburtsdatum

Unterschrift des/der Bevollmächtigten

2.

Name, Vorname, Geburtsdatum

Unterschrift des/der Bevollmächtigten

mich in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege und bei Pflegebedürftigkeit zu vertreten.

- Die bevollmächtigte Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege entscheiden, ebenso über Einzelheiten einer ambulanten oder (teil)-stationären Pflege. Meine Patientenverfügung muss beachtet werden.
- Sie darf insbesondere in alle Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn ich an einer solchen Behandlung sterben könnte oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB). Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.

- Meine Vertrauensperson darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.
- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. Ä.) in einem Krankenhaus, Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist. Mir ist bekannt, dass in einem solchen Fall gesetzlich eine zusätzliche richterliche Genehmigung dieser Maßnahmen vorgeschrieben bleibt.

Sollte trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung erforderlich sein, so verlange ich, dass die hier von mir benannte(n) Person(en) als rechtliche/r Betreuer bestellt wird/werden.

Bestätigung und Unterschrift

Ich bestätige die hier geäußerten Wünsche, Werte und Verfügungen und die ausgesprochene Bevollmächtigung. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Ich weiß, dass ich die Verfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann. Mir ist bewusst, dass auch bei aller Sorgfalt und gutem Willen beim Suchen nach der richtigen Entscheidung Fehler gemacht werden können. Hiermit entbinde ich meine Bevollmächtigten in diesem Zusammenhang von jeglicher Verantwortung. Diese Verfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort/Datum:

Unterschrift:

Diese Erklärung wird erneut überprüft und bestätigt. (empfohlen alle 2 bis 3 Jahre)

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift

Aufbewahrungsort von Kopien dieser Patientenverfügung

Eine Kopie dieser Verfügung ist hinterlegt bei:

(beim Hausarzt empfohlen)

Aufklärung

Bei der Erstellung habe ich mich beraten lassen durch:

(z. B. Name, Adresse des Hausarztes)

Organspende

Für den Fall, dass nach meinem Tode eine Spende von Organen oder Gewebe in Frage kommt, erkläre ich mich mit der Entnahme von Organen oder Körpergewebe einverstanden.

Ja, ich gestatte eine Organe-Entnahme nach meinem Tod


Ja, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe

Nein, ich lehne eine Entnahme von Organen ab

Im Zweifelsfall soll meine oben benannte Vertrauensperson gefragt werden.

Der Ausweis

Sie finden hier die Vorder- und Rückseite unseres neuen kombinierten Ausweises als Muster abgedruckt. Unten können Sie den Ausweis im praktischen Scheckkartenformat für die Briefftasche heraustrennen.


Patientenverfügung  **Christophorus**
COESFELD · DÜLMEN · NOTTLIN **Kliniken**
AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS DER UNIVERSITÄT MÜNSTER

Ich habe eine Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht verfasst.
Sollte ich meinen Willen nicht äußern können, bitte ich um Kontaktaufnahme mit meinem Bevollmächtigten.

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Name des Bevollmächtigten: _____

Datum, Unterschrift: _____

Organspendeausweis  **Christophorus**
COESFELD · DÜLMEN · NOTTLIN **Kliniken**
AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS DER UNIVERSITÄT MÜNSTER

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

Ja, ich gestatte eine Organe-Entnahme nach meinem Tod

Ja, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe

Nein, ich lehne eine Entnahme von Organen ab

Datum, Unterschrift: _____

Patientenverfügung  **Christophorus**
COESFELD · DÜLMEN · NOTTLIN **Kliniken**
AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS DER UNIVERSITÄT MÜNSTER

Ich habe eine Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht verfasst.
Sollte ich meinen Willen nicht äußern können, bitte ich um Kontaktaufnahme mit meinem Bevollmächtigten.

Name, Vorname, Geburtsdatum

Name des Bevollmächtigten, Telefon-Nr.

Datum, Unterschrift:

Weitere Informationen und Kontakt

Sollten Sie weitere Informationen zu diesem Thema wünschen, z. B. auch weitere Vorschläge für Patientenverfügungen, Informationen zur Vorsorgevollmacht für Vermögensangelegenheiten oder Aufenthaltsbestimmung haben, wenden Sie sich an eine unserer Kontaktadressen:

St.-Vincenz-Hospital Coesfeld

Sozialdienst

Heinz Abbing

Tel.: 02541 89-11007

Seelsorge

Sr. M. Monika Niehues

Tel.: 02541 89-11304

St.-Gerburgis-Hospital Nottuln

Sozialdienst

Maria Sanders

Tel.: 02502 220-36173

Franz-Hospital Dülmen

Seelsorge

Reinhild Wrublick

Tel.: 02594 92-23516

Seelsorge

Hans-Jürgen Ludwig

Tel.: 02594 92-21177

www.christophorus-kliniken.de

Organspendeausweis



Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

- Ja, ich gestatte eine Organe-Entnahme nach meinem Tod
- Ja, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe
- Nein, ich lehne eine Entnahme von Organen ab

Datum, Unterschrift: