

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 im Falle einer Krankheit im Hinblick auf die Lebensqualität und Behandlungsinintensität 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 ermutigen, 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 unheilbaren Erkrankung, von Herz und Lunge oder Tumore und wenn 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.

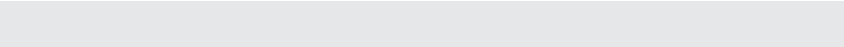
Ja Nein

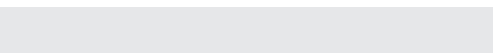
- Im Endstadium eines schweren Schlaganfalls.

Ja Nein

- Im Zustand eines Wachkomas.

Ja Nein

- 

 Ja Nein

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

Ja Nein

In diesen Situationen möchte ich:

- Wiederbelebensmaßnahmen Ja Nein

- den Einsatz medizinischer Maßnahmen wie z. B. invasiver Beatmung mit einem Beatmungsschlauch in der Luftröhre
Ja Nein

- den Einsatz künstlicher Blutwäsche (Dialyse)
Ja Nein

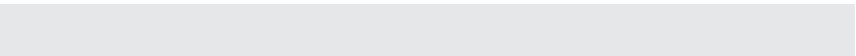
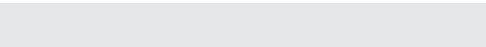
- diagnostische Eingriffe oder Behandlungsmaßnahmen, wie z. B. Röntgen, Ultraschall usw., die eine Verlängerung des Sterbensvorganges bedeuten können
Ja Nein

- den Einsatz von Chemotherapien, Bestrahlungen usw., zur Linderung von Schmerzen, Atemnot und anderen Symptomen
Ja Nein

- künstliche Ernährung über Ernährungssonden oder Katheter
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

Hilfestellung finden Sie im Flyer „Spirituelle Verfügung“ und im Internet unter dem Suchbegriff „Spirituelle Verfügung“.

[Redacted text area]

Vorsorgevollmacht (gilt nicht für Vermögensfragen und Aufenthaltsbestimmung)

[Redacted text area]

Name

[Redacted text area]

Geb. Datum

[Redacted text area]

Adresse

[Redacted text area]

Datum der Erstausstellung

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

[Redacted text area]

Bevollmächtigte(r) Name, Geburtsdatum

[Redacted text area]

Anschrift

[Redacted text area]

Telefon

[Redacted text area]

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, Geburtsdatum

Unterschrift des/der Bevollmächtigten

2.

Name, Geburtsdatum

Unterschrift des/der Bevollmächtigten

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

- Die bevollmächtigte Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge 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.

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.

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.

[Blank space for date and signature]	
Datum	Unterschrift

Diese Erklärung erneut überprüfen und bestätigen. (empfohlen alle 2 bis 3 Jahre)


[Blank space for date and signature]	
Datum	Unterschrift

[Blank space for date and signature]	
Datum	Unterschrift

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 Brieftasche heraustrennen.

Patientenverfügung



COESFELD · DÜLMEN · NOTTULN **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.

[Blank space for name and birth date]

Name, Geburtsdatum


[Blank space for name of authorized person]

Name des Bevollmächtigten,

[Blank space for date and signature]

Datum, Unterschrift:

Organspendeausweis



COESFELD · DÜLMEN · NOTTULN **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

[Blank space for organ list]

Nein, ich lehne eine Entnahme von Organen ab

Datum, Unterschrift: [Blank space]

Patientenverfügung



COESFELD · DÜLMEN · NOTTULN **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.

[Blank space for name and birth date]

Name, Geburtsdatum

[Blank space for name and phone number of authorized person]

Name des Bevollmächtigten, Telefon-Nr.

[Blank space for date and signature]

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:

Christophorus Kliniken

Standort Coesfeld

Sozialdienst
Heinz Abbing
Tel.: 02541 **89**-11007

Seelsorge
Anne Luerweg
Tel.: 02541 **89**-11305

Standort Nottuln

Sozialdienst
Maria Sanders
Tel.: 02502 **220**-36173

Seelsorge
Reinhild Wrublick
Tel.: 02502 **220**-47849

Standort Dülmen

Seelsorge
Hedwig Leser
Tel.: 02594 **92**-47838

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: