

Ergänzung zur PATIENTENVERFÜGUNG IM FALL SCHWERER ERKRANKUNG

1. Personalien

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....
Anschrift

2. Krankheitsgeschichte und Diagnose*

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

3. Was mir jetzt wichtig ist**

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:

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

* Sollte vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden.

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

Darüber hinaus ist mir besonders wichtig:*

Diagnostische Maßnahmen oder eine Einweisung in ein Krankenhaus sollen nur dann erfolgen, wenn sie einer besseren Beschwerdelinderung dienen und diese 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, Adresse

..... eingeliefert werden.
Telefon

Ich wünsche den Beistand meiner Kirche/Glaubensgemeinschaft ☐

.....
in Person von:
Name

.....
Adresse, Telefon

Ich wünsche die Unterstützung durch einen Hospiz- oder Palliativdienst: ☐

.....
Adresse, 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

* Zutreffendes habe ich angekreuzt.

5. Notfallplan*

Mögliche Komplikation	Vom Patienten gewünschte Behandlung

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

.....
Telefon

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

Ort, Datum:

.....
Unterschrift des Patienten/der Patientin

* Muss gemeinsam mit dem behandelnden Arzt oder der Palliativfachkraft ausgefüllt werden.

Aktuelle Medikation

[illegible]

zuletzt geändert am

Name und Adresse des behandelnden Arztes /der Palliativfachkraft

Telefon

Unterschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft