

Ergänzung zur PATIENTENVERFÜGUNG IM FALL SCHWERER ERKRANKUNG

1. Personalien

.....
Name, Vorname Geburtsdatum

.....
Anschrift

2. Krankheitsgeschichte und Diagnose¹

3. Was mir jetzt wichtig ist²

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 Sollte vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden.

² Grundsätzliche Überlegungen (z.B. Krankenhauseinweisung, Sterben zu Hause, persönliche Werte in der Situation u. a.).

Darüber hinaus ist mir besonders wichtig:³

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 beigefügt sein.

Zuletzt geändert am:

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

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

.....
³ Zutreffendes habe ich angekreuzt.

5. Notfallplan⁴

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

⁴ Muss gemeinsam mit dem behandelnden Arzt oder der Palliativfachkraft ausgefüllt werden.

Aktuelle Medikation

Medikament	Uhrzeit						Zweck

.....
zuletzt geändert am

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

.....
Telefon

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