

# MEINE PATIENTENVERFÜGUNG

## PERSÖNLICHE ANGABEN & WILLENSERKLÄRUNG

Ich,

**Name und Vorname:** .....

**Adresse:** .....

**Telefonnummer:** .....

**Geburtsdatum:** .....

**Nationalregisternummer (NISS):** .....

erkläre, bei vollem Bewusstsein zu sein, und lege hiermit meinen freien Willen in Bezug auf meine Pflege fest.

**Sollte ich nicht mehr in der Lage sein, meinen Willen auszudrücken, so bestimme ich, dass:**

- an mir keine lebensverlängernden Maßnahmen vorgenommen werden, wenn aus medizinischer Sicht keinerlei Aussicht auf Besserung besteht und jede Maßnahme mein Leben nur künstlich verlängern würde.
- ein natürliches Sterben nicht durch lebensverlängernde Maßnahmen verhindert wird bei:
  - irreversiblen Koma
  - schweren Hirnschäden oder degenerativen Hirnerkrankungen im Endstadium (z.B. sehr weit fortgeschrittene Demenz)
  - andere: .....

**In diesen Fällen möchte ich nur noch eine pflegende Behandlung erhalten, die ausschließlich der Linderung von Schmerzen und anderen Beschwerden dient.**

Zudem sollen folgende Behandlungen und Maßnahmen eingestellt bzw. nicht mehr begonnen werden:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotika-Therapie         | <input type="checkbox"/> Reanimation                  |
| <input type="checkbox"/> künstliche Beatmung          | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie             |
| <input type="checkbox"/> künstliche Ernährung         | <input type="checkbox"/> Intensivpflege               |
| <input type="checkbox"/> Nierendialyse                | <input type="checkbox"/> chirurgischer Eingriff       |
| <input type="checkbox"/> Chemotherapie                | <input type="checkbox"/> Einlieferung ins Krankenhaus |
| <input type="checkbox"/> sonstige Behandlungen: ..... |   |

**Ich wünsche dennoch, dass folgende Pflegemaßnahmen oder Behandlungen durchgeführt werden:**

- Für die Vorbereitung einer Organspende darf die Behandlung weitergeführt werden.
- Grundsätzlich stimme ich einer Organspende zu, habe diese jedoch nicht registrieren lassen.
- Meine Zustimmung zur Organspende habe ich bei der Gemeinde oder unter [meinegesundheits.be](http://meinegesundheits.be) eintragen lassen.
- Eine Organspende kommt für mich nicht in Frage.
- Meine ausdrückliche Weigerung zur Organspende habe ich bei der Gemeinde oder unter [meinegesundheits.be](http://meinegesundheits.be) hinterlegt.

# PERSÖNLICHE WÜNSCHE, WERTE & ERWARTUNGEN

- Ich wünsche die Möglichkeit, eine psychologische Begleitung in Anspruch nehmen zu können.
- Ich wünsche, dass mich Ärzte und Pflegepersonal über den Verlauf meiner Erkrankung informieren.
- Ich möchte nicht über den Verlauf meiner Krankheit informiert werden.
- Im fortgeschrittenen Stadium einer schweren Krankheit soll über mögliche lebenserhaltende bzw. lebensverlängernde Maßnahmen geredet werden:
  - mit mir
  - mit mir und meinen nächsten Angehörigen
  - nur mit der von mir bezeichneten Vertrauensperson oder dem Bevollmächtigten
  - nur im Pflorgeteam mit Einbezug meines Hausarztes
  - .....
- Ich möchte seelsorgerischen Beistand folgender Konfession: .....

## Wenn möglich, möchte ich sterben:

- in Anwesenheit meiner Familie und der mir nahestehenden Personen
- in meinem gewohnten Umfeld
- sonstige Wünsche: .....

## Art der Beisetzung:

- Erdbestattung
- Einäscherung
- Ich spende meinen Körper der Wissenschaft und habe folgendes Institut benachrichtigt:  
.....

## Sonstige Werte, Wünsche und Erwartungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum:     /     /

Unterschrift: .....

# PERSÖNLICHE WÜNSCHE, WERTE & ERWARTUNGEN

Ich,

**Name und Vorname:** .....

**Adresse:** .....

**Telefonnummer:** .....

**Geburtsdatum:** .....

**Nationalregisternummer (NISS):** .....

bestimme untenstehende Person als Vertrauensperson, die – auch in meiner Abwesenheit – befugt ist, folgende Rechte auszuüben:

- Informationen über meinen Gesundheitszustand und dessen Entwicklung zu erhalten**

Name des betreffenden Arztes: .....

Dauer: ..... (mögliches Enddatum oder unbegrenzt)

- Einsicht in meine Patientenakte zu erhalten**

Name des betreffenden Arztes: .....

Dauer: ..... (mögliches Enddatum oder unbegrenzt)

- eine Kopie meiner Patientenakte anzufragen**

Name des betreffenden Arztes: .....

Dauer: ..... (mögliches Enddatum oder unbegrenzt)

**Datum:**     /     /

**Unterschrift des Patienten:** .....

## Vertrauensperson:

**Name und Vorname:** .....

**Adresse:** .....

**Telefonnummer:** .....

**Geburtsdatum:** .....

**Nationalregisternummer (NISS):** .....

**Datum:**     /     /

**Unterschrift:** .....

# BESTIMMUNG EINES BEVOLLMÄCHTIGTEN

Ich,

**Name und Vorname:** .....

**Adresse:** .....

**Telefonnummer:** .....

**Geburtsdatum:** .....

**Nationalregisternummer (NISS):** .....

bevollmächtige untenstehende Person, mich zu vertreten, solange ich nicht in der Lage bin, meine Rechte als Patient selbst auszuüben.

**Datum:**     /     /

**Unterschrift des Patienten:** .....

**Bevollmächtigter:**

**Name und Vorname:** .....

**Adresse:** .....

**Telefonnummer:** .....

**Geburtsdatum:** .....

**Nationalregisternummer (NISS):** .....

**Datum:**     /     /

**Unterschrift:** .....

Es wird empfohlen, zwei Exemplare dieses Dokuments zu erstellen, von denen sowohl der Patient als auch der Bevollmächtigte eine Ausfertigung erhält. Eine Kopie kann zudem dem Hausarzt oder einem anderen Arzt zugestellt werden.

# WIDERRUF DER BEVOLLMÄCHTIGUNG

Ich,

**Name und Vorname:** .....

**Adresse:** .....

**Telefonnummer:** .....

**Geburtsdatum:** .....

**Nationalregisternummer (NISS):** .....

widerrufe hiermit die Bestimmung folgender Person als Bevollmächtigten vom     /     /     (Datum),  
.....

**Datum:**     /     /

**Unterschrift des Patienten:** .....

## Folgende Person wird als Bevollmächtigter widerrufen:

**Name und Vorname:** .....

**Adresse:** .....

**Telefonnummer:** .....

**Geburtsdatum:** .....

**Nationalregisternummer (NISS):** .....

**Datum:**     /     /

**Unterschrift:** .....

Die Bestimmung des Bevollmächtigten kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. In diesem Fall sollten alle Personen benachrichtigt werden, die eine Kopie des besagten Dokuments erhalten haben.