

## Hinweis zur Ergänzung im Fall schwerer Erkrankung

Liegt bereits eine schwere Erkrankung vor,  
bedarf es einer hieran **angepassten Patientenverfügung**.  
Diese kann nur in engem Zusammenwirken mit dem behandelnden Arzt erstellt werden.

Der auf dieser Seite abgedruckte Text soll Sie über die Möglichkeit einer auf einen bestimmten Krankheitsverlauf abgestimmten Patientenverfügung informieren.  
Auch das nebenstehende Formular finden Sie eingeklebt in der Mitte dieser Broschüre.

## Anpassung der **PATIENTENVERFÜGUNG** für den Fall schwerer Krankheit

### Grundsätze

Der Arzt darf grundsätzlich keine Maßnahme ohne Ihre ausdrückliche Zustimmung ergreifen. Andernfalls begeht er – auch in lebensrettender Absicht – eine Körperverletzung. Die ärztliche Aufklärung ist dabei wesentlich, damit Sie die Folgen Ihrer Entscheidung tatsächlich einschätzen können. Sie haben ein Recht auf ausführliche Aufklärung und Einsicht Ihrer Unterlagen.

Die Patientenverfügung sollte auf die konkrete Krankheitssituation zugeschnitten sein. Die ernsthafte Auseinandersetzung mit der Lebens- und Krankheitssituation ist ebenso wichtig wie eine möglichst konkrete Benennung von Behandlungswünschen bzw. Unterbleibenswünschen. Sie sollten als Patient über mögliche Komplikationen aufgeklärt sein und dazu spezifisch Ihren Behandlungswunsch angeben. Das kann nicht ohne den behandelnden Arzt oder sonstige kompetente Gesprächspartner, z.B. eine palliative Fachpflegekraft, geschehen. Diese Gesprächspartner sollten in der Verfügung genannt werden.

### Sinnvolles Vorgehen

1. Suchen Sie je nach Ihrer eigenen Befindlichkeit das offene Gespräch mit dem behandelnden Arzt über die Krankheitssituation. Lassen Sie sich über Ihre Erkrankung genau aufklären. Nehmen Sie Einsicht in Ihre Krankenunterlagen. Ein solches Gespräch ist unverzichtbare Voraussetzung für die Erstellung einer Patientenverfügung und kann durch das Ausfüllen dieser Formulare nicht ersetzt werden!

2. Setzen Sie sich in Ruhe mit den eigenen Gefühlen und Erkenntnissen auseinander. Das Gespräch mit Vertrauenspersonen kann dabei sehr hilfreich sein.

3. Schreiben Sie die eigenen Wünsche nieder, so weit sie Ihnen klar geworden sind. Wenn Sie sich nicht klar geworden sind, müssen Entscheidungen offen bleiben. Bleiben Sie mit Ihrem Arzt im Gespräch.

4. Alle Beteiligten sollten über bereitliegende Notfallmedikamente informiert sein. Eine Liste aller Ansprechpersonen mit Telefonnummern und evtl. Zeiten der Erreichbarkeit muss für alle sichtbar und greifbar sein.

# Ergänzung zur PATIENTENVERFÜGUNG IM FALL SCHWERER KRANKHEIT

## 1. Personalien

.....  
(Name)

.....  
(Geburtsdatum)

.....  
(Anschrift)

## 2. Krankheitsgeschichte und Diagnose<sup>1</sup>

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 3. Was mir jetzt wichtig ist<sup>2</sup>

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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<sup>1</sup> Sollte vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden.

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

**Darüber hinaus ist mir besonders wichtig:<sup>3</sup>**

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

..... eingeliefert werden.  
(Telefon)

Ich wünsche den Beistand meiner Kirche/Glaubensgemeinschaft

in Person von: .....  
(Name)

.....  
(Anschrift, Telefon)

Ich wünsche die Unterstützung durch einen Hospiz- oder Palliativdienst:

.....  
(Anschrift, 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)

<sup>3</sup> Zutreffendes habe ich angekreuzt.

### 5. Notfallplan<sup>4</sup>

| Mögliche Komplikation | Vom Patienten gewünschte Behandlung |
|-----------------------|-------------------------------------|
|                       |                                     |
|                       |                                     |
|                       |                                     |
|                       |                                     |
|                       |                                     |
|                       |                                     |
|                       |                                     |
|                       |                                     |
|                       |                                     |
|                       |                                     |

.....  
 (Name und Anschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft)

.....  
 (Telefon)

.....  
 (*Unterschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft*)

**Ort/Datum:** .....

.....  
 (*Unterschrift des Patienten*)

<sup>4</sup> Muss gemeinsam mit dem behandelnden Arzt oder einer Palliativpflegekraft ausgefüllt werden.

