

Ethikkomitee

Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht in weiterführenden Fragen

sowie

Stellungnahme zur Organspende

Ein Service Ihrer
Christophorus Kliniken

Alles Gute fürs Leben



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 Behandlungsintensität 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

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

Ja Nein

In diesen Situationen möchte ich:

- Wiederbelebungsmaßnahmen 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
- zur Linderung von Schmerzen und Atemnot und anderen Symptomen, den Einsatz von Chemotherapien, Bestrahlung usw. Ja Nein
- künstliche Ernährung über Ernährungssonden oder Katheter Ja Nein
- eine ausreichende medikamentöse Therapie zur Linderung 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

Geb. Datum

Adresse

Datum der Erstausstellung

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

Bevollmächtigte(r) Name, Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

Unterschrift des/der Bevollmächtigten

Unterschrift Vollmachtgeber/in

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

Unterschrift Vollmachtgeber/in

mich in Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge und bei Pflegebedürftigkeit zu vertreten. Zutreffendes bitte auf der Folgeseite ankreuzen:

- 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 mich bei Behörden, Versicherungen, Renten und Sozialleistungen vertreten
- Sie darf alle Mietangelegenheiten einschließlich der Wohnungsauflösung regeln.
- Sie darf die Post annehmen, öffnen und über den Fernmeldeverkehr entscheiden und damit zusammenhängende Kündigungen.
- Sie 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.

Die Vollmacht behält ihre Gültigkeit, wenn ich geschäftsunfähig werden sollte und verliert über meinen Tod hinaus nicht die Wirksamkeit.

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. Dafür dürfen ärztliche Maßnahmen, die das Leben verlängern, ergriffen werden, die ich ansonsten ausgeschlossen habe.

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.

Aufenthalt und Begleitung

Es sind mehrere Antworten möglich.

In den unter 2. beschriebenen Situationen möchte ich,

wenn möglich in meiner vertrauten Umgebung verbleiben.

wenn möglich in ein Hospiz verlegt werden.

wenn möglich in eine Pflegeeinrichtung verlegt werden.

ins Krankenhaus (auch Palliativstation) verlegt werden.

wenn möglich die Betreuung durch ein Palliativteam erhalten.

von folgenden Personen begleitet werden:

Ich bin Träger/in eines ICD – Gerätes

Falls sich aufgrund meiner schweren Erkrankung abzeichnet, dass mein Leben zu Ende geht, wünsche ich dass

- die Defibrillator (Schock-) Funktion meines Gerätes ausgeschaltet wird.
- keine Änderungen am Gerät vorgenommen 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.

Datum

Unterschrift

Diese Erklärung erneut überprüfen und bestätigen.

(empfohlen alle 2 bis 3 Jahre)

Datum


Unterschrift

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  **CHRISTOPHORUS**
KLINIKEN COESFELD DÜLMEN NOTTULN

Ich habe eine Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht verfasst.
Sollte ich meinen Willen nicht äußern können, bitte ich um Kontaktaufnahme mit meinem Bevollmächtigten.

Name, Geburtsdatum

Name des Bevollmächtigten, Tel.

Datum, Unterschrift

Organspendeausweis  **CHRISTOPHORUS**
KLINIKEN COESFELD DÜLMEN NOTTULN


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: _____

Patientenverfügung  **CHRISTOPHORUS**
KLINIKEN COESFELD DÜLMEN NOTTULN

Ich habe eine Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht verfasst.
Sollte ich meinen Willen nicht äußern können, bitte ich um Kontaktaufnahme mit meinem Bevollmächtigten.

Name, Geburtsdatum

Name des Bevollmächtigten, Telefon-Nr.

Datum, Unterschrift

Weitere Informationen und Kontakt

Wünschen Sie eine ausführlichere Patientenverfügung, so finden Sie diese auf unserer Homepage.

Christophorus Kliniken

Standort Coesfeld

Seelsorge

Paula Belo

Tel.: 02541 89-47834

Standort Nottuln

Seelsorge

Daniel Breitkopf

Tel.: 02502 220-47849

Standort Dülmen

Seelsorge

Johanna Krafczyk

Tel.: 02594 92-47838

www.christophorus-kliniken.de

Organspendeausweis



CHRISTOPHORUS

KLINIKEN COESFELD DÜLMEN NOTTULN

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: