

Klinisches Ethikkomitee
im
Evangelischen Krankenhaus Hattingen
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Ruhr-Universität Bochum



Patientenverfügung

mit
Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten
Vorsorgevollmacht für weitere Angelegenheiten

Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten von

Name, Vorname:

Geburtsdatum, -ort:

Straße:

Wohnort:

Telefon/mobil:

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung - Allgemeine Informationen zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmachten	3
2. Patientenverfügung	
2.1 Meine persönlichen Einstellungen zum Leben und Sterben	5
2.2 Was ist für mich eine unerträgliche Situation?	7
2.3 Meine Verfügung	8
3. Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten	
3.1 Erstexemplar	11
3.2 Zweitexemplar	13
4. Unterschriften	15
5. Informationskarten zum Ausschneiden	17
6. Anhang: Vorsorgevollmacht für alle weiteren Angelegenheiten	19

1. Einführung - Allgemeine Informationen zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmachten

a) Patientenverfügung

Die Medizin hat in den letzten Jahren Fortschritte gemacht, die zuvor undenkbar erschienen. Mit diesen Erfolgen ist aber auch bei vielen Menschen die Angst vor unwürdigem Sterben mit Leid, Einsamkeit, Schmerzen und Verlust der Selbstbestimmung verbunden. Ihre Würde und Selbstbestimmung auch für Situationen zu wahren, in denen man sich selbst nicht mehr äußern kann - also Vorsorge zu treffen -, ist der Wunsch vieler Menschen. Dazu gehört es, sich frühzeitig mit Lebenskrisen wie schwerer Krankheit, Sterben und Tod ausführlich auseinanderzusetzen. Hierzu wollen diese Hinweise ermutigen und Hilfe geben.

Jeder Mensch kann durch einen schweren Unfall oder eine lebensbedrohliche Erkrankung plötzlich in eine Situation geraten, in der er nicht mehr selbstständig Wünsche äußern oder Entscheidungen treffen kann und nicht mehr einwilligungsfähig ist. Damit Sie für diesen Fall vorbereitet sind, können Sie Ihre Wünsche für derartige Situationen beschreiben. Dann können andere nach Ihrem Willen und in Ihrem Sinne handeln. Sie erleichtern Angehörigen, Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden sowie Betreuungspersonen und Gerichten Entscheidungen, wenn diese von Ihren Wünschen wissen. Es ist hilfreich, den eigenen Willen nicht nur im Gespräch mitzuteilen, sondern ihn auch schriftlich zu formulieren. So können Ärzte, Ärztinnen und Ihre Angehörigen die Entscheidungen über Ihre Behandlung in dem von Ihnen festgelegten Sinn sicherer treffen.

Informieren Sie Ihre Familie, Bekannten und Freunde über Ihre Patientenverfügung. Weisen Sie mit einer Informationskarte in Ihrer Brieftasche/Geldbörse darauf hin. Jederzeit können Sie die in Ihrer Patientenverfügung getroffenen Aussagen verändern. Es ist empfehlenswert, dass Sie die Patientenverfügung außerdem durch einen Zeugen unterschreiben lassen. Sie sollten Ihre Patientenverfügung alle 1 - 2 Jahre durchsehen und gegebenenfalls korrigieren oder bestätigen.

b) Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten

Für eine Situation, in der Sie selbst nicht mehr bei einer notwendigen ärztlichen Behandlung entscheiden können, empfehlen wir die Erteilung einer Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten. Sie bietet die Möglichkeit, eine Person Ihres Vertrauens zu benennen, die Ihren in der Patientenverfügung bekundeten Willen vertritt, wenn Sie selbst dazu nicht mehr in der Lage sind. Sie betrifft ausschließlich den Gesundheitsbereich.

c) Vorsorgevollmacht für alle weiteren Angelegenheiten

Alle über den Gesundheitsbereich hinausgehenden und notwendigen Regelungen für private, geschäftliche und finanzielle Angelegenheiten bei Alter, Krankheit und Tod bedürfen einer gesonderten Vorsorgevollmacht. Ein Formular hierzu finden Sie im Anhang. Sie können Ihre bevollmächtigte oder ersatzbevollmächtigte Person für Gesundheitsangelegenheiten damit beauftragen. Sie können aber auch einer anderen Person die Vollmacht für die genannten Angelegenheiten übertragen.

Wenn Sie als Patientin oder Patient des Evangelischen Krankenhauses Fragen haben oder beraten werden möchten, dann wenden Sie sich bitte an die Seelsorge (Tel. 502 -355) oder den Sozialdienst (Tel. 502 - 369 oder 263) im Evangelisches Krankenhaus Hattingen.

2. Patientenverfügung

2.1 Meine persönlichen Einstellungen zum Leben und Sterben

Es ist für Ärztinnen und Ärzte hilfreich, Ihre Wertvorstellungen, Wünsche und Ansichten zum Leben und Sterben zu kennen. Auch die in Ihrer Verfügung von Ihnen bevollmächtigten Personen erhalten so einen Einblick in Ihre Vorstellungen von Lebensqualität, Lebenssinn, Sterben und Tod.

Im Folgenden finden Sie eine Liste mit vorformulierten Angeboten, die Sie ankreuzen können. Alternativ oder zusätzlich können Sie Ihre persönlichen Gedanken formulieren oder Ergänzungen aufnehmen.

- Ich möchte - falls möglich - in jedem Fall von meinem Arzt, von meiner Ärztin offen über Diagnose und Verlauf einer lebensbedrohlichen oder tödlichen Krankheit informiert werden.
- Ich lebe gern und wünsche den Tod nicht herbei.
- Ich freue mich nach einem Leben voller Arbeit auf meinen Ruhestand, das Leben mit meiner Familie, meine Hobbys, das Reisen.
- Ich möchte möglichst lange leben, auch bei schweren Hirnschäden, dauerhafter Bewusstlosigkeit oder einer unheilbaren Krankheit.

- Ich habe mein Leben gelebt mit Höhen und Tiefen und sehe mich nach Erlösung.
- Ich bin religiös verwurzelt und möchte nicht, dass durch medizinische Maßnahmen in den von mir angeführten Situationen mein Leben sinnlos verlängert wird.
- Ich bin davon überzeugt, dass das Leben nicht mit dem Tod endet. Sterben ist für mich ein Heimgehen, an dem ich nicht gehindert werden möchte.
- Ich habe mir nahe Angehörige unter unwürdigen Umständen sterben sehen und möchte deshalb

-
- Ich besitze einen Organspendeausweis.
- Ich möchte / möchte nicht, dass nach meinem Tod Organe entnommen werden.

- Ich kann mir vorstellen / nicht vorstellen, eine Organspende zu erhalten.
- Ich möchte, dass alternative Heilmethoden bei mir zum Einsatz / nicht zum Einsatz kommen, wenn die Schulmedizin an ihre Grenzen stößt.
- Ich kann mir vorstellen, dass auch noch nicht zugelassene Medikamente bei mir zum Einsatz kommen, deren Nebenwirkungen und Wirkungsweisen noch nicht vollständig bekannt sind.
- Ich möchte - wenn möglich - zu Hause in vertrauter Umgebung sterben.
- Hinsichtlich meiner Beerdigung wünsche ich mir

.....

- Ich wünsche seelsorgerlichen Beistand.
- Ich wünsche das Krankenabendmahl/die Krankenkommunion.
- Ich wünsche eine persönliche Krankensalbung mit Segnung.

Persönliche Gedanken/Ergänzungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.2 Was ist für mich eine unerträgliche Situation?

Bitte kreuzen Sie in der Tabelle die Situationen an, von denen Sie meinen, dass sie für Sie unerträglich sind. Dabei handelt es sich um dauerhafte Zustände, die ohne ärztliche Hilfe und pflegerische Betreuung zum Tode führen. Sie können die Beschreibung dieser Situationen und Zustände ergänzen oder verändern. Ihr Hausarzt oder Ihre Hausärztin kann Sie dabei ebenso beraten wie Ihre bevollmächtigte Person. Diese sollte genau informiert sein, welche Situationen für Sie unerträglich sind.

- unumkehrbarer Bewusstseins- / Persönlichkeitsverlust
- schwere dauerhafte Schädigung meiner Gehirnfunktion
- dauerhafter Verlust der eigenen Fähigkeit zu atmen
- anhaltender Verlust der Fähigkeit zu essen und zu trinken
- unumkehrbarer, kompletter Bewegungsverlust /
Bewegungsunfähigkeit
- Verlust der Kreislaufregulationsfunktion
- dauerhafter Verlust von lebenswichtigen Organfunktionen
- unheilbare Erkrankungen mit vorhersehbarem tödlichen Ausgang
- schwerste entstellende Folgen einer Erkrankung
- fortschreitende geistige Verwirrtheit

Ergänzungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.3 Meine Verfügung

Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, berufe mich auf mein Selbstbestimmungsrecht und bestimme bindend gegenüber meiner bevollmächtigten Person, einer möglichen Betreuungsperson, den Ärzten und Ärztinnen sowie dem Vormundschaftsgericht Folgendes:
(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- a) Solange eine begründete Aussicht auf Erhaltung eines erträglichen Lebens besteht (siehe auch Punkt 2.1), erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen Möglichkeiten.

Ich erwarte und verlange im Einzelnen

- umfassend informiert zu sein und gefragt zu werden, wenn ich wach bin
- unbedingte Schmerzfreiheit, auch wenn dadurch als unvermeidbare Nebenfolge unbeabsichtigt Nebenwirkungen wie Bewusstseinstäubung erfolgt oder der Eintritt meines Todes beschleunigt wird **oder**
- eine Schmerzbehandlung, die eine Bewusstseinstäubung sowie einen vorzeitigen Tod als Behandlungsfolge möglichst vermeidet
- Beruhigungsmittel/Schlafmittel, wenn ich erkennbar an der bestehenden Situation leide (Unruhe, Angstzustände, Schlaflosigkeit, Atemnot)
- Untersuchungen und die Fortführung der medizinischen Behandlung nur bei eindeutiger Besserungsmöglichkeit meines Zustandes
- eine angemessene pflegerische Versorgung (Körper-/Mundpflege, Lagerung etc.)
- Nach Möglichkeit möchte ich in meiner vertrauten Umgebung oder aber in

.....bleiben können.
(Ort/Institution)

(Lassen Sie sich gegebenenfalls beraten, um Kenntnis zu Palliativstationen, Hospizen, Heimen und deren Betreuungsmöglichkeiten etc. zu bekommen!)

Ergänzungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- b) Für Situationen, die für mich unerträglich sind (siehe unter Punkt 2.2), treffe ich nachfolgend konkrete Entscheidungen. Ich bitte, vom Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen abzusehen, die mich nur daran hindern, in Ruhe zu sterben.
In dieser Situation bitte ich um Beistand von/durch

.....

.....

.....

.....

(Religionsgemeinschaft, Angehörige, Betreuer, Institution)

- Mir ist bewusst, dass durch die nachfolgend genannten Wünsche die Zeit meines Lebens verkürzt wird und ich schneller versterben kann.

(Alle hier angegebenen Punkte sollten durch einen persönlichen Kommentar ergänzt oder gegebenenfalls verändert und nach Möglichkeit mit Ihrer bevollmächtigten Person besprochen werden.)

Ich wünsche

- keine** Verlegung ins Krankenhaus, falls möglich
- keine** dauerhafte künstliche Beatmung
(künstliche Beatmung erlaube ich nur zur kurzfristigen Überbrückung einer akuten Notlage, jedoch nicht als Dauermaßnahme!)
- keine** Maßnahmen zur Wiederbelebung (Reanimation)

- keine** Ernährungssonde durch die Nase (Magensonde)
- keine** Ernährungssonde durch die Bauchdecke (PEG)
- keine** Ernährung durch Infusion/Tropf (Parenterale Ernährung)
- keine** Blutübertragungen
- keine** Blutwäsche (Dialyse)
- keine** herz- und kreislaufunterstützenden Medikamente und Antibiotika
- keine** Chemotherapie (Medikamente gegen das Krebswachstum)
- keine** Behandlung zusätzlich auftretender Erkrankungen/Komplikationen
- keine** Organentnahme nach erfolgtem Hirntod

Wurde in Unkenntnis meiner Patientenverfügung eine medizinische Behandlung begonnen mit Maßnahmen, die ich ausgeschlossen habe, so soll diese Behandlung beendet werden.

In diesem Fall wünsche ich eine lindernde Begleitung des Krankheitsverlaufs, welche die Symptome meiner Erkrankung für mich erträglich macht.

In einer akuten Situation darf eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens nicht unterstellt werden. Eine Willensänderung darf nur angenommen werden, wenn ich durch konkrete Äußerungen oder Handlungen diese Willensänderung äußere und ich dabei urteils- und einwilligungsfähig bin.

Anmerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten

3.1 Erstexemplar

(Bitte Nichtzutreffendes ggf. streichen und gegenzeichnen!)

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann, bevollmächtige ich hiermit als Person meines besonderen Vertrauens:

.....
Name, Vorname, ggf. Geburtsname der bevollmächtigten Person

.....
Geburtsdatum

.....
wohnhaft in

.....
Telefon/Telefax/mobil

Die bevollmächtigte Person soll an meiner Stelle alle erforderlichen Entscheidungen über meine ärztliche Behandlung treffen und sie mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin absprechen.

Sie soll daher vor allem meine Wünsche und Vorstellungen, die ich in der Patientenverfügung niedergelegt habe, berücksichtigen.

Sie darf die Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Zu diesem Zweck entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte oder Ärztinnen und das nichtärztliche Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht.

Sie darf auch in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in ärztliche Eingriffe und in Heilbehandlungen einwilligen, diese ablehnen oder deren Abbruch bestimmen, auch wenn ich an einer solchen Behandlung sterben oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 BGB).

Die bevollmächtigte Person darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. das Anbringen von Bauchgurten und Bettgittern oder die Gabe von Medikamenten u. Ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung entscheiden, solange dies zu meinem Wohle erforderlich ist (§ 1906 BGB).

Ersatz-Bevollmächtigung

Sollte die oben genannte Person an der Ausübung der Vollmacht verhindert sein, bevollmächtige ich an deren Stelle:

.....
Name, Vorname, ggf. Geburtsname der bevollmächtigten Person

.....
Geburtsdatum

.....
wohnhaft in

.....
Telefon/Telefax/mobil

19
8

3.2. Zweitexemplar

Zum Verbleib bei.....

(Bitte Nichtzutreffendes ggf. streichen und gegenzeichnen!)

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann, bevollmächtige ich hiermit als Person meines besonderen Vertrauens:

.....
Name, Vorname, ggf. Geburtsname der bevollmächtigten Person

.....
Geburtsdatum

.....
wohnhaft in

.....
Telefon/Telefax/mobil

Die bevollmächtigte Person soll an meiner Stelle alle erforderlichen Entscheidungen über meine ärztliche Behandlung treffen und sie mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin absprechen.

Sie soll daher vor allem meine Wünsche und Vorstellungen, die ich in der Patientenverfügung niedergelegt habe, berücksichtigen.

Sie darf die Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Zu diesem Zweck entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte oder Ärztinnen und das nichtärztliche Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht.

Sie darf auch in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in ärztliche Eingriffe und in Heilbehandlungen einwilligen, diese ablehnen oder deren Abbruch bestimmen, auch wenn ich an einer solchen Behandlung sterben oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 BGB).

Die bevollmächtigte Person darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. das Anbringen von Bauchgurten und Bettgittern oder die Gabe von Medikamenten u. Ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung entscheiden, solange dies zu meinem Wohle erforderlich ist (§ 1906 BGB).

Ersatz-Bevollmächtigung

Sollte die oben genannte Person an der Ausübung der Vollmacht verhindert sein, bevollmächtige ich an deren Stelle:

.....
Name, Vorname, ggf. Geburtsname der bevollmächtigten Person

.....
Geburtsdatum

.....
wohnhaft in

.....
Telefon/Telefax/mobil

4. Unterschriften

a) der verfügenden Person

Ich unterschreibe diese Verfügung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird. Diese Verfügung soll nicht durch meinen Tod erlöschen. Mir ist die Möglichkeit der Änderung oder des Widerrufs meiner Patientenverfügung bekannt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die beiden voranstehenden Verfügungen nur insoweit, wie ich sie ausgefüllt habe.

Erstausfertigung:

.....
Datum

Unterschrift

(Zeuge, nicht zwingend)

Letzte Korrektur/Bestätigung (alle 1-2 Jahre):

.....
Datum

Unterschrift

(Zeuge, nicht zwingend)

.....
Datum

Unterschrift

(Zeuge, nicht zwingend)

.....
Datum

Unterschrift

(Zeuge, nicht zwingend)

.....
Datum

Unterschrift

(Zeuge, nicht zwingend)

b) der bevollmächtigten und ersatzbevollmächtigten Person

Ich kenne den Inhalt dieser Verfügung und bin bereit, die **Bevollmächtigung** anzunehmen. Ich bin im Besitz einer Originalvollmacht.

.....
Name, Vorname, ggf. Geburtsname der bevollmächtigten Person

.....
Wohnort, Straße

.....
Telefon/Telefax/mobil

.....
Ort - Datum

.....
Unterschrift

Ich kenne den Inhalt dieser Verfügung und bin bereit, die **Ersatz-Bevollmächtigung** anzunehmen.

.....
Name, Vorname, ggf. Geburtsname der bevollmächtigten Person

.....
Wohnort, Straße

.....
Telefon/Telefax/mobil

.....
Ort - Datum

.....
Unterschrift



c) Informationskarten zum Ausschneiden

Meine bevollmächtigte Person für Gesundheitsangelegenheiten ist:

.....
Name, Vorname, ggf. Geburtsname der bevollmächtigten Person

.....
Wohnort, Straße, Telefon

.....
Ort - Datum

.....
Unterschrift Vollmachtgeber/in

Eine Kopie meiner Patientenverfügung ist hinterlegt bei:

.....
Name, Vorname

.....
Wohnort, Straße, Telefon



Meine bevollmächtigte Person für Gesundheitsangelegenheiten ist:

.....
Name, Vorname, ggf. Geburtsname der bevollmächtigten Person

.....
Wohnort, Straße, Telefon

.....
Ort - Datum

.....
Unterschrift Vollmachtgeber/in

Eine Kopie meiner Patientenverfügung ist hinterlegt bei:

.....
Name, Vorname

.....
Wohnort, Straße, Telefon



c) Informationskarten zum Ausschneiden

Meine ersatzbevollmächtigte Person für Gesundheitsangelegenheiten ist:

.....
Name, Vorname, ggf. Geburtsname der bevollmächtigten Person

.....
Wohnort, Straße, Telefon

.....
Ort - Datum

.....
Unterschrift Vollmachtgeber/in

Bitte wenden.



Meine ersatzbevollmächtigte Person für Gesundheitsangelegenheiten ist:

.....
Name, Vorname, ggf. Geburtsname der bevollmächtigten Person

.....
Wohnort, Straße, Telefon

.....
Ort - Datum

.....
Unterschrift Vollmachtgeber/in

Bitte wenden.

6. ANHANG

Vorsorgevollmacht für alle weiteren Angelegenheiten

Ich,

.....Name,
Vorname, ggf. Geburtsname des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin

.....
Geburtsdatum, -ort

.....
wohnhaft in

.....
Telefon/Telefax/mobil

erteile hiermit Vollmacht an

.....
Name, Vorname, ggf. Geburtsname der bevollmächtigten Person

.....
Geburtsdatum

.....
wohnhaft in

.....
Telefon/Telefax/mobil

2. Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.



Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

3. Vermögenssorge

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich
- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen,
 - Zahlungen und Wertgegenstände annehmen,
 - Verbindlichkeiten eingehen,
 - Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten,
 - Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.
 -
-
-
-

Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

(Achtung: Kreditinstitute verlangen oft eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken! Für Immobiliengeschäfte, Aufnahme von Darlehen sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich! Bei weitergehendem Beratungsbedarf wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Rechtspflege" Ihres zuständigen Amtsgerichtes!)

4. Post- und Fernmeldeverkehr

- Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

5. Vertretung vor Gericht

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

6. Untervollmacht

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

7. Weitere Regelungen

.....

.....

.....
Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

.....
Unterschrift der Vollmachtnehmerin / des Vollmachtnehmers

Beglaubigungsvermerk

(Muss nicht zwingend durch einen Notar erfolgen!)

Für die Erarbeitung dieser Patientenverfügung wurden folgende Quellen genutzt:

1. Patientenverfügung der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken Bergmannsheil, Bochum
 2. Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland, Hannover (Hrsg.): Christliche Patientenverfügung, 2. Auflage 2003
 3. Bundesministerium der Justiz, Berlin (Hrsg.): Patientenverfügung, September 2006
- © Ethikkomitee des Evangelischen Krankenhauses Hattingen

2. durchgesehene Auflage, Januar 2009

Evangelisches Krankenhaus Hattingen



Ein Schwerpunkt-Krankenhaus der Evangelischen Stiftung Augusta

Mit dieser Patientenverfügung gibt Ihnen das Ethikkomitee des Evangelischen Krankenhauses eine umfassende, praktikable und rechtlich klare Patientenverfügung mit Vorsorgevollmachten an die Hand.

Legen Sie bitte ein ausgefülltes Exemplar oder eine Kopie Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt vor. Dieses Exemplar wird dann zu Ihrer Krankenakte genommen.

So finden Sie das Krankenhaus:



Wenn Sie als Patientin oder Patient des Evangelischen Krankenhauses Fragen haben oder beraten werden möchten, dann wenden Sie sich bitte an die Seelsorge oder den Sozialdienst im Hause.

Die Telefonnummern:

Seelsorge

02324 502 355

Sozialdienst

02324 502 369

oder

02324 502 263

Eine kostengünstige Parkmöglichkeit finden Sie in unserem Parkhaus.

Selbstkostenpreis: 1 EUR
(Für Patienten kostenlos)