augusta
MEDIZIN PFLEGE BILDUNG

Patientenverfügung

Evangelische Stiftung Augusta

NAME, VORNAME

2. Auflage - Mai 2015

Mit der Schutzgebühr in Höhe von 2 Euro unterstützen Sie unsere Palliativarbeit.

EVANGELISCHE STIFTUNG AUGUSTA

Augusta-Kranken-Anstalt gGmbH
Bergstraße 26 • 44791 Bochum
Telefon 0234-517-0

Augusta-Kranken-Anstalt Bochum-Linden
Dr.-C.-Otto-Straße 27 • 44879 Bochum
Telefon 0234-517-3

Evangelisches Krankenhaus Hattingen
Bredenscheider Straße 54 • 45525 Hattingen
Telefon 02324 502-0

Akademische Lehrkrankenhäuser

Augusta Seniorenheim Linden
Am Kesterkamp 20 • 44879 Bochum
Telefon 0234/517-4700

Augusta Ambulante Dienste • Bochum, Hattingen
Dr.-C.-Otto-Straße 27 • 44879 Bochum • Telefon 0234/517-4601
Waldstraße 47 • 45525 Hattingen • Telefon 02324/502-936

Augusta Akademie
Dr.-C.-Otto-Straße 27 • 44879 Bochum • Telefon 0234/517-4901

Gesundheitszentrum Bochum-Mitte
Bergstraße 25 • 44791 Bochum

Ambulantes Zentrum Hattingen
Bredenscheider Straße 54 • 45525 Hattingen

www.augusta-bochum.de
E-Mail info@augusta-bochum.de
www.krankenhaus-hattingen.de
E-Mail post@krankenhaus-hattingen.de

Patientenverfügung

1. Einführung

In dieser Einführung erläutern wir Ihnen, was eine Patientenverfügung ist und welche Entscheidungsmöglichkeiten Sie bei der Erstellung haben.
Wir möchten Ihnen behilflich sein bei der Entscheidung, eine Patientenverfügung zu erstellen und wie Sie diese formulieren können.

Nachfolgend finden Sie daher ausführliche Informationen zu den Fragestellungen

a) Was ist eine Patientenverfügung? Seite 1

b) Brauche und möchte ich eine Patientenverfügung? Seite 2

c) Welchen Inhalt sollte eine Patientenverfügung haben? Seite 2

d) Wie erstelle ich eine Patientenverfügung? Seite 2

e) Welche Form sollte eine Patientenverfügung haben? Seite 3

f) Wo bewahre ich sie auf? Seite 3

g) Wie lange gilt eine Patientenverfügung? Seite 4

h) Was bedeuten in diesem Zusammenhang die Begriffe „Vorsorgevollmacht“ und „Betreuungsverfügung“? Seite 4

Gerne können Sie sich bei weiteren Fragen oder Erörterungsbedarf in religiöser oder ethischer Hinsicht an unsere Seelsorgerinnen und Seelsorger sowie an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Sozialdienste wenden.

Ethikforum der Stiftung		0234 517-4100
Bochum-Mitte	Seelsorge	517-1351
		517-1352
	Sozialdienst	517-1310
		517-1311
Bochum-Linden	Seelsorge	517-4351
	Sozialdienst	517-4310
		517-4312
Hattingen	Seelsorge	02324 502-355
		502-376
	Sozialdienst	502-369
		502-263

Weitere Ansprechpartner, auch für medizinische Fragen, finden Sie auf der Umschlagseite.
Wir empfehlen Ihnen, das Gespräch mit unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und auch das Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin Ihres Vertrauens zu suchen, die Sie unter anderem über die in der Patientenverfügung genannten ärztlichen Maßnahmen aufklären können.
Unsere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen leisten keine Rechtsberatung!

a) Was ist eine Patientenverfügung?

Im Rahmen jeder medizinischen Maßnahme ist Ihr persönlicher Wille entscheidend.
Sie treffen die grundsätzlichen Entscheidungen darüber, ob und wie Sie sich behandeln lassen wollen. So steht es in Ihrer freien Entscheidung, ob Sie in bestimmten Situationen einem medizinischen Eingriff zustimmen oder nicht.
Aber was passiert, wenn Sie z.B. aufgrund eines Komas oder einer anderen Beeinträchtigung Ihres Bewusstseins diesen Willen nicht mehr äußern können?
In diesem Fall kann eine Patientenverfügung eine Hilfestellung für alle Beteiligten sein,

denn sie ist Ihr vorformulierter Wille. An diesen Willen sind die behandelnden Ärzte auch dann gebunden, wenn Sie sich selbst nicht mehr äußern können.
Die Patientenverfügung bietet daher die Möglichkeit, dass Sie Ihren Willen und Ihre Vorstellungen hinsichtlich etwaiger zukünftiger Behandlungen und medizinischer Eingriffe festlegen, um eine medizinische Versorgung in Ihrem Sinne auch für die Zukunft sicherzustellen.

Diese Frage gewinnt angesichts der medizinischen Entwicklung immer größere Bedeutung: einerseits können früher unheilbare Erkrankungen geheilt werden, andererseits können die Möglichkeiten der modernen Medizin dazu führen, das Leiden und Sterben von Menschen unerwünscht zu verlängern.

In diesem Spannungsfeld ist Ihr Patientenwille von herausragender Bedeutung, da die Entscheidungen über Behandlungsmaßnahmen mit Hilfe einer Patientenverfügung bis hin zur Sterbephase von Ihnen getroffen werden können.

b) Brauche und möchte ich eine Patientenverfügung?

Sie entscheiden selbst, ob Sie eine Patientenverfügung erstellen, eine Verpflichtung dazu besteht nicht.
Weder die Aufnahme in ein Krankenhaus noch in ein Pflegeheim dürfen von einer Patientenverfügung abhängig gemacht werden.

Wenn Sie Ihren behandelnden Ärzten im Falle Ihrer Entscheidungsunfähigkeit (Bewusstseinsstörung, Koma, Demenz) die Entscheidung über Behandlungsmaßnahmen überlassen möchten, ist eine Patientenverfügung nicht notwendig.
Möchten Sie aber eine eigene Entscheidung treffen, wie lange und unter welchen Bedingungen medizinische Maßnahmen fortzusetzen sind, sollten Sie eine Patientenverfügung verfassen.

c) Welchen Inhalt sollte eine Patientenverfügung haben?

Der Gesetzgeber verlangt, dass sich die Patientenverfügung auf „bestimmte ärztliche Maßnahmen“ beziehen muss. Damit sind allgemein gehaltene Formulierungen wie z.B. „ich möchte nicht an eine Maschine angeschlossen werden“, nicht wirksam.

Derart detaillierte und situationsbezogene Handlungsanweisungen stellen Verfasser einer Patientenverfügung allerdings vor Probleme, da es eine kaum überschaubare Vielzahl von Krankheits- und Behandlungssituationen gibt.
Unsere nachfolgende Patientenverfügung möchte Ihnen eine Hilfestellung geben. Sie enthält die häufigsten medizinischen Maßnahmen.

Sie haben die Möglichkeit, zwischen dem „Für und Wider“ bei den Einzelmaßnahmen abzuwägen und sich entsprechend für oder gegen die Durchführung einer Maßnahme zu entscheiden.
Der Inhalt einer Patientenverfügung unterliegt innerhalb der gesetzlichen Grenzen ausschließlich Ihrem Willen. Dies kann von dem Wunsch nach einer medizinischen Maximalbehandlung bis hin zu einer kategorischen Ablehnung von Eingriffen reichen.

d) Wie erstelle ich eine Patientenverfügung?

Sie können Ihre Patientenverfügung selbst formulieren.
Allerdings ist es nicht immer leicht, einen derartigen Text angesichts der verhältnis-

mäßig komplexen Materie selbst zu verfassen.
Sie können auf vorformulierte Erklärungen zurückgreifen, die Sie nur ankreuzen. Bei einzelnen Fragestellungen sind Mehrfachnennungen möglich.

In dieser Patientenverfügung geben wir Ihnen für beide Möglichkeiten eine Hilfestellung an die Hand.

Damit alle Beteiligten Ihren Willen möglichst klar erkennen, ist es sinnvoll, dass Sie auch Angaben zu Ihrem Leben und zu Ihren Wertevorstellungen machen. Sie helfen so den Beteiligten dabei, Ihre Festlegungen besser verstehen zu können.

e) Welche Form sollte eine Patientenverfügung haben?

Sie können Ihre Patientenverfügung grundsätzlich formfrei erstellen.
Dies bedeutet, dass Ihr mündlich geäußerter Wille ebenso zu beachten ist wie Ihr schriftlich geäußerter Wille.

Allerdings ist eine schriftliche Patientenverfügung unbedingt zu empfehlen.

Ein nur mündlich geäußerter Wille ist – insbesondere nach vielen Jahren – häufig in Vergessenheit geraten. Sie sind also davon abhängig, dass diejenigen Personen, die Ihren mündlich geäußerten Willen kennen, sich an diesen noch erinnern und ihn auch richtig und originalgetreu wiedergeben.

Darüber hinaus kann es dazu kommen, dass z. B. Ihre Angehörigen unterschiedliche Auffassungen darüber haben, was für eine Meinung Sie in der Vergangenheit über den Umgang mit Krankheit und Tod geäußert haben; das kann zu erheblichen Meinungsverschiedenheiten führen, die einer Durchsetzung Ihres eigentlichen Willens entgegenstehen können.

Es empfiehlt sich die Schriftform, um derartige Schwierigkeiten zu vermeiden. Ihr Wille ist in der schriftlichen Patientenverfügung klar und eindeutig nachvollziehbar.

Eine Patientenverfügung ist auch ohne notarielle Beurkundung gültig.

f) Wo bewahre ich meine Patientenverfügung auf?

Besonders wichtig ist der Aufbewahrungsort Ihrer Patientenverfügung.
Es muss sichergestellt sein, dass Ihr Wille im Bedarfsfalle in die Entscheidung über Behandlungsmaßnahmen einbezogen werden kann. Dies wird aber nur gelingen, wenn die behandelnden Ärztinnen und Ärzte auch Kenntnis von Ihrer Patientenverfügung haben.

Somit sollten Sie Ausfertigungen Ihrer Patientenverfügung bei Personen hinterlegen, die im Falle einer Erkrankung oder im Notfall informiert werden. Dies kann z. B. ein Ehepartner sein.
Gegebenenfalls kann es auch sinnvoll sein, eine Ausfertigung der Patientenverfügung bei Ihrem Hausarzt zu hinterlegen.

Sollten Sie einen Krankenhaus- oder Heimaufenthalt antreten, können Sie eine Ausfertigung Ihrer Patientenverfügung auch dort hinterlegen. Dann wissen die behandelnden Ärzte und Pflegekräfte sofort über Ihren Willen Bescheid.

Insbesondere empfiehlt es sich, den auf Seite 15 dieser Broschüre vorbereiteten „Verfügungsausweis“ auszufüllen und (z.B. in Ihrer Geldbörse) immer bei sich zu tragen. In diesem „Verfügungsausweis“ sind die Personen benannt, bei denen Sie Ihre Patientenverfügung hinterlegt haben.

g) Wie lange gilt eine Patientenverfügung?

Eine Patientenverfügung gilt solange, bis sie von Ihnen mündlich oder schriftlich widerrufen wird.

Über einen Widerruf oder Veränderungen sollten Sie die beteiligten Personen wie Ihre nahen Angehörigen oder behandelnden Ärzte informieren. Sie sollten dann Ihre nicht mehr aktuelle schriftliche Patientenverfügung vernichten und die gegebenenfalls bei einer öffentlichen oder privaten Stelle hinterlegten Ausführungen wieder einziehen, damit niemand irrtümlicherweise davon ausgeht, dass diese noch aktuell sind.

Obgleich Ihre Patientenverfügung bis zum Widerruf gilt und daher nicht „erneuert“ werden muss, sollten Sie Ihre Patientenverfügung gelegentlich daraufhin überprüfen, ob sie weiterhin Ihrem Willen entspricht. Im Laufe der Jahre können sich die persönlichen Einstellungen zum Leben und Sterben und zur modernen Medizin ändern, was wiederum Auswirkungen auf Ihre Patientenverfügung haben kann.

Vor diesem Hintergrund ist es zweckmäßig, Ihre Patientenverfügung in gewissen Abständen einer „Selbstkontrolle“ zu unterziehen, damit sie im Anwendungsfall Ihrem tatsächlichen und aktuellen Willen entspricht. Sollten Sie Ihre Patientenverfügung ändern wollen, empfehlen wir die Erstellung eines neuen Dokuments anstelle einer Ergänzung der alten Fassung, um Missverständnisse zwischen der „alten“ und der „neuen“ Verfügung zu vermeiden.

Denken Sie bitte daran, dass Sie Ihre „alte“ Patientenverfügung widerrufen und möglicherweise hinterlegte Exemplare austauschen.
Sollten Sie Ihre Patientenverfügung nicht ändern wollen, können Sie diese zur Verdeutlichung Ihres Willens mit einem aktuellen Datum erneut unterschreiben.

h) Was bedeuten in diesem Zusammenhang die Begriffe „Vorsorgevollmacht“ und „Betreuungsverfügung“?

Sehr häufig werden Patientenverfügungen mit einer „Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten“ und zusätzlich mit einer „Betreuungsverfügung“ verbunden.
Sowohl ein Bevollmächtigter als auch eine Betreuerin sind verpflichtet, Ihren in der Patientenverfügung festgelegten Willen zu beachten und im Zweifelsfall durchzusetzen.

Eine Patientenverfügung muss nicht mit einer Vorsorgevollmacht oder einer Betreuungsverfügung verbunden werden.
Sie haben folglich die Möglichkeit, eine Patientenverfügung ohne Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung zu erstellen oder die Patientenverfügung mit den entsprechenden Erklärungen zu verbinden.

Hiernach lassen sich drei Möglichkeiten zusammenfassen:

a. Sie verfassen eine Patientenverfügung ohne Vorsorgevollmacht und ohne Betreuungsverfügung,

oder

b. Sie verfassen eine Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht ohne Betreuungsverfügung,

oder

c. Sie verfassen eine Patientenverfügung sowohl mit Vorsorgevollmacht als auch mit Betreuungsverfügung.

Die „Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten“ besagt, dass Sie einer Person Ihres Vertrauens für den Fall, dass Sie Ihren Willen nicht mehr äußern können, mit Ihrer Vertretung beauftragen, soweit

Angelegenheiten der gesundheitlichen Fürsorge und des Selbstbestimmungsrechtes betroffen sind.

Die „Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten“ ist im Gegensatz zu einer „Generalvollmacht“ nur auf die obengenannten Bereiche beschränkt.

Im Zusammenhang mit der Patientenverfügung ist es – wie bereits ausgeführt - wichtig, dass der Bevollmächtigte die Beachtung Ihres in der Patientenverfügung geäußerten Willens durchsetzt.

Dies ist von besonderer Bedeutung, da es auch bei einer sorgfältig verfassten Patientenverfügung immer wieder zu Zweifeln kommen kann, ob die vorgesehene medizinische Maßnahme erfasst ist oder wie der in der Patientenverfügung geäußerte Wille zu verstehen ist.
In Streitfällen muss die Patientenverfügung ausgelegt werden. Im Rahmen dieser Angelegenheit kann eine Person Ihres Vertrauens natürlich wertvolle Hinweise geben, wie der Patientenwille zu verstehen ist.

Darüber hinaus besteht auch die Möglichkeit einer „Betreuungsverfügung“.

Diese geht insoweit über eine Vorsorgevollmacht hinaus, als dass Sie die Person des Betreuers im Vorfeld bestimmen, für den Fall, dass Sie durch das Betreuungsgericht unter Betreuung gestellt werden.

Die eingesetzte Person Ihres Vertrauens wird im Unterschied zur Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten nicht nur Ihr Vertreter für Angelegenheiten der gesundheitlichen Fürsorge und des Selbstbestimmungsrechtes sein, sondern ist - je nach Umfang der Betreuung – auch für alle weiteren Angelegenheiten zuständig (z.B. Vermögensangelegenheiten).

Darüber hinaus ist ein Betreuer gehalten, Ihren mutmaßlichen Willen festzustellen, wenn Ihr in der Patientenverfügung geäußerter Wille nicht mehr auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft.

Sowohl der Bevollmächtigte als auch der Betreuer tragen folglich eine erhebliche Verantwortung.

Sie sollten daher mit diesen Personen ein persönliches Gespräch darüber führen, ob Sie sich den Aufgaben gewachsen sehen und sie übernehmen möchten. Die benannte Person sollte sich der Tragweite einer Vollmacht bzw. Betreuung bewusst sein. Insbesondere muss die eingesetzte Betreuerin oder der Betreuer mit der Einsetzung einverstanden sein.

Sofern Sie hierzu Fragen haben, sollten Sie sich gegebenenfalls von einem Rechtsanwalt oder Notar beraten lassen.

Wir empfehlen, generell eine Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht zu kombinieren.

Patientenverfügung

Persönliche Patientenverfügung von

Name _____

Vorname/n _____

Geburtsname _____

geboren am _____ in _____

Straße _____

Wohnort _____

Es ist für Ärztinnen und Ärzte hilfreich, zu wissen, was Ihnen in Ihrem Leben wichtig war und was Sie sich am Lebensende wünschen. Auch die in Ihrer Verfügung von Ihnen bevollmächtigten Personen erhalten so einen Einblick in Ihre Vorstellungen von Lebensqualität, Lebenssinn, Sterben, Begleitung beim Sterben und Tod.

In den folgenden Kapiteln finden Sie vorformulierte Angebote, die Sie ankreuzen können. Mehrfachnennungen sind möglich.

Alternativ oder zusätzlich können Sie Ihre persönlichen Gedanken formulieren oder Ergänzungen aufnehmen.

Zu Kapitel 1 finden Sie beispielhafte Fragen, die Ihnen helfen können, sich zu dieser Thematik zu äußern. Ihre Gedanken und Ausführungen sind wichtige Voraussetzungen für die Umsetzung der Patientenverfügung.

1. Meine persönliche Einstellung zum Leben und Sterben

a) Welche Erfahrungen hinsichtlich Krankheit, Pflegebedürftigkeit/Behinderung oder Sterben haben mich geprägt?

b) Was bedeutet in diesem Zusammenhang für mich Lebensqualität?

c) Welche Einschränkungen an Lebensqualität bin ich nicht bereit zu akzeptieren?

z. B.
- Wachkoma für eine unbestimmte Zeit
- permanente Bettlägerigkeit
- Unfähigkeit zu essen und zu trinken
- Unfähigkeit zur Kommunikation

d) Welche Situationen machen mir Angst, wenn ich an mein Sterben denke?

e) Wie geht es mir mit der Vorstellung, pflegebedürftig bzw. auf fremde Hilfe angewiesen zu sein?

f) Was bedeuten mir Spiritualität und Glaube angesichts von Krankheit und Sterben?

Bitte schreiben Sie Ihre Gedanken auf einem gesonderten DIN A4 Blatt nieder und fügen es unterschrieben der Patientenverfügung bei.

❑ Ich bin religiös verwurzelt und gehöre folgender Glaubensrichtung an:

_____

_____

2. Exemplarische Situationen, für die diese Verfügung gelten soll, wenn

❑ ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

❑ ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde,

❑ selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

❑ ich eine so schwerwiegende Hirnschädigung erlitten habe, dass ich meine Situation nicht mehr beurteilen kann, nicht mehr fähig bin, eine Entscheidung zu treffen und nicht mehr mit anderen Menschen in Kontakt treten kann. Zwei erfahrene Ärztinnen oder Ärzte sollen zu der Einschätzung gekommen sein, dass diese Fähigkeiten unwiderbringlich erloschen sind. Dies gilt auch dann, wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen.

Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.

❑ ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

❑ ich die eigene Fähigkeit zu atmen dauerhaft verloren habe.

❑ ich die eigene Fähigkeit, mich zu bewegen, dauerhaft und vollständig verloren habe.

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

(Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.)

3. Hiermit verfüge ich für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann

❑ Ich möchte - falls möglich - in jedem Fall von meinem Arzt/von meiner Ärztin offen über Diagnosen und Verlauf einer lebensbedrohlichen oder tödlichen Krankheit informiert werden.

❑ Ich möchte möglichst lange leben, auch bei schweren Hirnschäden, dauerhafter Bewusstlosigkeit oder einer unheilbaren Krankheit.

oder

❑ Ich möchte nicht, dass durch medizinische Maßnahmen in den von mir angeführten Situationen mein Leben sinnlos verlängert wird.

❑ Ich möchte, dass auch alternative Heilmethoden bei mir zum Einsatz kommen.

oder

❑ Ich möchte, dass keine alternativen Heilmethoden bei mir zum Einsatz kommen.

❑ Ich kann mir vorstellen, dass auch noch nicht zugelassene Medikamente bei mir zum Einsatz kommen, deren Wirkungsweise und Nebenwirkungen noch nicht vollständig bekannt sind.

Eigene Gedanken/Ergänzungen:

_____

_____

_____

4. Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter medizinisch gerechtfertigter ärztlicher Maßnahmen

4.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den unter Punkt 2 beschriebenen Situationen wünsche ich

❑ dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.

❑ auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte.

oder

❑ keine Behandlung zusätzlich auftretender Komplikationen / Erkrankungen.

❑ keine fremden Gewebe und Organe.

❑ dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden.

Ich wünsche aber fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderen belastenden Symptomen.

Eigene Gedanken/Ergänzungen:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

4.2 Schmerzbehandlung

In den unter Punkt 2 beschriebenen Situationen wünsche ich

eine fachgerechte Schmerzbehandlung,

❑ aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung,

oder

❑ wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerzkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.
Die Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerzlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

4.3 Künstliche Ernährung/ Flüssigkeitszufuhr

In den unter Punkt 2 beschriebenen Situationen wünsche ich

❑ dass eine künstliche Ernährung/ Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird

❑ mittels einer Magensonde durch die Nase,
❑ mittels einer Sonde durch die Bauchdecke (PEG),
❑ durch Zugänge in eine Vene,

oder

❑ eine künstliche Ernährung/ Flüssigkeitszufuhr nur zur kurzfristigen Überbrückung einer akuten Notlage, jedoch nicht als Dauermaßnahme

oder

❑ die Unterlassung jeglicher künstlicher Ernährung/Flüssigkeitszufuhr.

4.4 Künstliche Beatmung

In den unter Punkt 2 beschriebenen Situationen wünsche ich

❑ eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

❑ eine künstliche Beatmung nur zur kurzfristigen Überbrückung einer akuten Notlage, jedoch nicht als Dauermaßnahme.

oder

❑ dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, ich jedoch Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte.
Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf.

4.5 Dialyse

In den unter Punkt 2 beschriebenen Situationen wünsche ich

❑ eine künstliche Blutwäsche, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

❑ eine künstliche Blutwäsche (Dialyse) nur zur kurzfristigen Überbrückung einer akuten Notlage, jedoch nicht als Dauermaßnahme.

oder

❑ dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

4.6 Herz-Kreislauf stützende Medikamente/Antibiotika

In den unter Punkt 2 beschriebenen Situationen wünsche ich

❑ Herz-Kreislauf stützende Medikamente.

❑ Antibiotika.

oder

❑ Herz-Kreislauf stützende Medikamente nur zur Linderung meiner Beschwerden.

❑ Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.

oder

❑ keine Herz-Kreislauf stützenden Medikamente.

❑ keine Antibiotika.

4.7 Chemotherapie/Strahlentherapie

In den unter Punkt 2 beschriebenen Situationen wünsche ich

❑ Chemotherapie
❑ Strahlentherapie

oder

❑ Chemotherapie
❑ Strahlentherapie
nur zur Linderung meiner Beschwerden/ Schmerzen, jedoch nicht als Dauertherapie

oder

❑ Keine Chemotherapie
❑ Keine Strahlentherapie

4.8 Blut/Blutbestandteile

In den unter Punkt 2 beschriebenen Situationen wünsche ich

❑ die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

oder

❑ die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden.

oder

❑ keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

4.9 Wiederbelebung

In den unter Punkt 2 beschriebenen Situationen wünsche ich

❑ in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung (Reanimation).

oder

❑ die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung (Reanimation).

❑ dass keine Notärztin/kein Notarzt verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

Wurde in Unkenntnis meiner Patientenverfügung eine medizinische Behandlung mit Maßnahmen begonnen, die ich ausgeschlossen habe, so soll diese Behandlung beendet und durch eine lindernde Begleitung ersetzt werden, welche die Symptome meiner Erkrankung für mich erträglich machen.

5. Ort der Behandlung, Beistand, Begleitung

Ich möchte

❑ wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

oder

❑ zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

oder

❑ wenn möglich, in einem Hospiz sterben, falls dies nicht möglich ist, mit hospizlicher Begleitung.

oder

❑ Ich habe dazu keine Wünsche.

Ich wünsche

❑ Beistand durch folgende Personen:

_____

_____

_____

_____

❑ Seelsorgerlichen Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

_____

❑ das Krankenabendmahl.

❑ die Krankenkommunion.

❑ die Krankensalbung und Segnung.

6. Organspende

❑ Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.
Mir ist bewusst, dass die dazu erforderlichen intensivmedizinischen Maßnahmen möglicherweise Bestimmungen meiner Patientenverfügung außer Kraft setzen.

oder

❑ Ich lehne die Entnahme meiner Organe nach meinem Tod ab.

Eigene Gedanken / Ergänzungen:

_____

_____

7. Einer Obduktion

❑ stimme ich vorbehaltlos zu.

oder

❑ stimme ich nicht zu.

oder

❑ kann mein Bevollmächtigter/Betreuer zustimmen oder diese ablehnen.

Eigene Gedanken / Ergänzungen:

_____

_____

_____

_____

_____

Personen, die ich über meine Vollmachten bzw. Verfügungen informiert habe (handschriftlich ergänzen):

_____

_____

_____

_____

_____

Schlusserklärung

❑ Ich wünsche nicht, dass mir in einer konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird.
Ich weiß, dass in bestimmten Grenzsituationen des Lebens, Voraussagen über das Ergebnis medizinischer Maßnahmen und mögliche Folgeschäden kaum möglich sind und dass ich in diesen Grenzsituationen die Durchführung oder den Abbruch medizinischer Maßnahmen und meine eigene Lebensqualität anders als heute bewerten könnte.
Ich nehme dieses Risiko bewusst in Kauf.

oder

❑ Ich wünsche, dass während der gesamten Behandlung mein nachweisbares nonverbales Verhalten (z.B. Mimik oder Gestik) berücksichtigt wird, sofern dies eindeutig ist.
Sollte mein Verhalten nach Auffassung zweier behandelnder Ärzte und meines etwaigen Bevollmächtigten bzw. Betreuers Anlass dazu geben, dass ich meinen Willen geändert habe, soll dies entsprechend unterstellt werden.

Mein etwaiger Bevollmächtigter und ein evtl. bestellter Betreuer sind an meine Wünsche und Anordnungen gebunden.
Sie werden jeweils beauftragt und ermächtigt, ihnen Geltung zu verschaffen.

Mir ist bekannt, dass sowohl ein Betreuer als auch ein Bevollmächtigter zur Erteilung, zur Verweigerung oder zum Widerruf ihrer Einwilligung in die vorstehend aufgeführten ärztlichen Maßnahmen unter Umständen der Genehmigung des Betreuungsgerichts bedürfen.

Ich befreie Ärzte und Pflegepersonen von ihrer Schweigepflicht, soweit es der Durchsetzung meiner Patientenverfügung dient.

Mir ist bekannt, dass ich meine Patientenverfügung jederzeit - auch formlos – abändern oder widerrufen kann.
Sie soll solange gelten, bis ich sie schriftlich oder nachweislich mündlich widerrufe.

Ort	Datum	Unterschrift
Widerruf Ort	Datum	Unterschrift
Abänderung Ort	Datum	Unterschrift

Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten

Ich, _____(Name), _____(Vorname/n),

geb. am _____, wohnhaft _____,

erteile Herrn/Frau _____ geb. am _____,

wohnhaft _____ Tel.: _____,

oder

Herrn/Frau _____ geb. am _____,

wohnhaft _____ Tel.: _____,

oder

Herrn/Frau _____ geb. am _____,

wohnhaft _____ Tel.: _____,

Vollmacht in Angelegenheiten der gesundheitlichen Fürsorge und des Selbstbestimmungsrechtes. Er/Sie ist befugt, mich in diesen Angelegenheiten gegenüber jedermann zu vertreten. Die bevollmächtigte Person ist insbesondere befugt, mich im Bereich folgender Angelegenheiten der gesundheitlichen Fürsorge und des Selbstbestimmungsrechtes zu vertreten:

- bei der Einwilligung, der Nichteinwilligung oder dem Widerruf der Einwilligung in Untersuchungen meines Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe jeglicher Art; dies gilt auch dann, wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich auf Grund der Maßnahme oder auf Grund ihres Unterbleibens bzw. Abbruchs sterbe oder einen schweren und länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 BGB)
- bei der Entscheidung über die Verabreichung von Medikamenten, und zwar auch, sofern diese erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen und Folgen haben können;
- bei der Entscheidung über die Anwendung neuer, noch nicht zugelassener oder erprobter Medikamente oder Behandlungspraktiken;
- bei der Entscheidung über einen Behandlungsabbruch oder die Einstellung lebensverlängernder Maßnahmen;
- bei der Entscheidung über die Aufenthaltsbestimmung, insbesondere auch über eine notwendig werdende Einweisung bzw. zeitweise oder dauernde Unterbringung in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim, einer geschlossenen Einrichtung oder einem Hospiz, und zwar jeweils auch mit Freiheitsentziehung (§ 1906 BGB);
- bei der Einwilligung in Maßnahmen, mit denen mir durch mechanische Vorrich-tungen (z. B. das Anbringen von Bettgittern oder Gurten), durch Medikamente oder auf andere Weise die Freiheit zeitweise oder dauernd entzogen werden soll; dieses gilt auch dann, wenn ich mich in einer Einrichtung aufhalte, ohne dort dauernd untergebracht zu sein (§ 1906 BGB).

Die bevollmächtigte Person ist / ist nicht (Unzutreffendes bitte streichen) ermächtigt, im Falle einer etwaigen Verhinderung Untervollmacht zu erteilen.

Diese Vollmacht berechtigt die bevollmächtigte Person ferner, Auskünfte bei den behandelnden Ärzten über meine Erkrankung, meinen Gesundheitszustand und meine ärztliche Behandlung einzuholen und Einsicht in meine Behandlungsakten zu nehmen. Ich entbinde die Ärzte insoweit von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Ort	Datum	Unterschrift Vollmachtgeber

Ort	Datum	Unterschrift Vollmachtnehmer

Ort	Datum	Unterschrift Vollmachtnehmer

Ort	Datum	Unterschrift Vollmachtnehmer

Betreuungsverfügung

Sollte trotz Erteilung einer Vollmacht oder wegen einer fehlenden Vollmacht die Bestellung eines Betreuers erforderlich werden, so soll

1. mein/e Bevollmächtigte/r (Name) _____ mit dieser Aufgabe betraut werden,

oder

2. Herr/Frau _____ geb. am _____

wohnhaft _____

ersatzweise

3. Herr/Frau _____ geb. am _____

wohnhaft _____

Auf keinen Fall soll/en folgende Person/en mit der Betreuung beauftragt werden:

_____

Datum _____ Unterschrift _____

Verfügungsausweis

Ich, _____ geboren am _____
Name Vorname

wohnhaft _____

habe (zum Ankreuzen)

- ❑ eine Patientenverfügung,
- ❑ eine Vorsorgevollmacht,
- ❑ eine Betreuungsverfügung hinterlegt bei

1. Herrn/Frau _____ Telefon _____

wohnhaft _____

2. Herrn/Frau _____ Telefon _____

wohnhaft _____

Meine bevollmächtigte Person ist _____ Telefon _____

Mein Betreuer/meine Betreuerin ist _____ Telefon _____

Datum _____ Unterschrift _____

K O P I E der Betreuungsverfügung

Sollte trotz Erteilung einer Vollmacht oder wegen einer fehlenden Vollmacht die Bestellung eines Betreuers erforderlich werden, so soll

1. mein/e Bevollmächtigte/r (Name) _____ mit dieser Aufgabe betraut werden,

oder

2. Herr/Frau _____ geb. am _____

wohnhaft _____

ersatzweise

3. Herr/Frau _____ geb. am _____

wohnhaft _____

Auf keinen Fall soll/en folgende Person/en mit der Betreuung beauftragt werden:

_____

Datum _____ Unterschrift _____

K O P I E des Verfügungsausweises

Ich, _____ geboren am _____
Name Vorname

wohnhaft _____

habe (zum Ankreuzen)

- ❑ eine Patientenverfügung,
- ❑ eine Vorsorgevollmacht,
- ❑ eine Betreuungsverfügung hinterlegt bei

1. Herrn/Frau _____ Telefon _____

wohnhaft _____

2. Herrn/Frau _____ Telefon _____

wohnhaft _____

Meine bevollmächtigte Person ist _____ Telefon _____

Mein Betreuer/meine Betreuerin ist _____ Telefon _____

Datum _____ Unterschrift _____

Impressum

Herausgegeben von der Evangelischen Stiftung Augusta, Bergstr. 26, 44791 Bochum, vertreten durch den Stiftungsvorstand Dipl. Kfm. Ulrich Froese, geschäftsansässig ebenda.
Vorsitzender des Stiftungsrates: Pfarrer Gerhard Rode.

Erarbeitet von:

- Mitgliedern des Ethikforums der Augusta-Kranken-Anstalt Bochum gGmbH und des Ethikkomitees des Evangelischen Krankenhauses Hattingen gGmbH
- Rechtsanwalt A.Hilgenstock, Kanzlei Ehrhardt & Kreyer, Rechtsanwälte und Notare

Für die Erarbeitung der Patientenverfügung wurde als Quelle die Ausgabe des Bundesministeriums der Justiz, Berlin, genutzt.

© Evangelische Stiftung Augusta - April 2015 - Zweite, überarbeitete Auflage.
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich durch das Urheberrechtsgesetz zulässig ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Herausgebers.

- Augusta-Kranken-Anstalt Bochum
- Evangelisches Krankenhaus Hattingen
- Augusta-Kranken-Anstalt Bo-Linden
- Augusta Seniorenheim Linden
- Augusta Ambulante Dienste Bochum . Hattingen
- Augusta Kurzzeit- und Tagespflege Bochum Hattingen
- Augusta Akademie
- Augusta Versorgungsdienste
- Augusta Gesundheitszentren Bochum . Hattingen
- Augusta Kleinbosch Guest Farm
- www.augusta-bochum.de
- email: info@augusta-bochum.de

Copyright:
Evangelische Stiftung Augusta Bochum - 2015
Abbildungen, Objekte, Installationen aus der Sammlung Augusta

Wir sind immer für Sie erreichbar.

augusta MEDIZIN PFLEGE BILDUNG

BOCHUM-MITTE

Bergstraße 26 – 44791 Bochum

Augusta Kliniken Bochum

Information/Telefonzentrale	**0234/517-0**
Patienten Service Center	**517-1230**
Zentrale Notaufnahme - ZNA / Ambulanz	**517-2000**
Intermediate Care Unit (IMC)	**517-2011**
Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie und Diabetologie - Ärztlicher Direktor	
Chefarzt Prof. Dr. med. Alexander S. Petrides	517-2301
Kardiologie & Angiologie	
Chefarzt Priv.-Doz. Dr. med. Bodo Brandts	517-2351
Nieren- & Hochdruckkrankheiten, Dialyse Nephrologische Schwerpunktklinik	
Chefarzt Prof. Dr. med. Dirk Bokemeyer	517-2401
Hämatologie/Onkologie & Palliativmedizin Onkologisches Zentrum	
Chefarzt Prof. Dr. med. Dirk Behringer	517-2431
Pneumologie/Beatmungsmedizin/Infektiologie Thoraxzentrum Ruhrgebiet	
Chefarzt Prof. Dr. med. Santiago Ewig	517-2461
Darmzentrum	
Chefarzt Priv.-Doz. Dr. med. Benno Mann	517-2501
Gefäßchirurgie	
Chefarzt Dr. med. Jochen Beyer	517-2541
Urologie	
Chefarzt Priv.-Doz. Dr. med. Burkhard Ubrig	517-2651
Frauenheilkunde & Geburtshilfe Brustzentrum	
Chefärztin Priv.-Doz. Dr. med. Gabriele Bonatz	517-2701
Zahnklinik Bochum	
Prof. Dr. med. dent. Hans Peter Jöhren	517-5100
Anästhesiologie, Intensiv- & Notfallmedizin	
Chefarzt Dr. med. Jan Florian Heuer	517-2602
Diagnostische Radiologie/Nuklearmedizin	
Chefarzt Prof. Dr. med. Matthias Bollow	517-2751
Strahlentherapie Zentrum Bochum	
Priv.-Doz. Dr. med. Stefan Könemann	417-170
Angio-Radiologisches Institut	
Dr. med. Detlev Longwitz	517-2792
Pathologisches Institut	
Prof. Dr. med. Stathis Philippou	517-2250
Ambulante Dienste Bochum	517-4600
Dr. med. Thomas Hulisz	517-4600

ZENTRALE DIENSTE

Zentrale Dienste

Geschäftsführung	
Dipl.-Kfm. Ulrich Froese	517-1201
Pflegemanagement	
Eva-Maria Karmelita	517-1301
Personalmanagement	
Dipl. Bw. Monika Borggrebe	517-1206
Patientenmanagement	
Ba.Sc. Andreas Auen	517-1241
Versicherungsmanagement	
Dipl.-Kfm. Mario Kleist	517-1207
Vertragsmanagement	
Dipl.-Kfm. Markus Rosemeyer	517-1297
Beschwerde-/Qualitätsmanagement	
Ba.Sc. Hedi Wiese	517-1298
Patienten-Fürsprecherin	
Annegret Hintz-Düppe	517-1333
Augusta Akademie	
Dipl.-Psych. Uwe Machleit	517-4900
Krankenpflegeausbildung	
Silvia Ballein	02324/502-900

BO-LINDEN

Dr.-C.-Otto-Straße 27 44879 Bochum

Augusta Kliniken Bochum-Linden

Information/Telefonzentrale/Notaufnahme	**0234/517-3**
Medizinisch-Geriatrische Klinik	
Chefarzt Dr. Olaf Hagen	
Sekretariat	517-4101
Station MG1	517-4140
Station MG2	517-4120
Gerontopsychiatrische Klinik	
Chefärztin Christiane Wähner	
Sekretariat	517-4201
Station GP1	517-4210
Station GP2	517-4220
Institutsambulanz Gerontopsychiatrie	517-4225
Seniorenheim Kesterkamp	
Norbert Bongartz	517-4700
Kurzzeitpflege	
Ulrike Aniol	517-4500
Ambulante Dienste	
Dr. med. Thomas Hulisz	517-4600
Christiane Breddemann	517-4601
Adipositaszentrum NRW	
Dr. med. Thomas Hulisz	517-4600
Dipl.-Psych. Uwe Machleit	517-4900
Augusta Akademie	
Dipl.-Psych. Uwe Machleit	517-4900
Fachseminar für Altenpflege	
Dipl.-Psych. Uwe Machleit	517-4900
OTA-Ausbildung	
MA. Lehrerin Gesundheit & Pflege	
Annette Hipler	517-4922

HATTINGEN

Bredenscheider Str. 54 - 45525 Hattingen

EvK Hattingen

Information/Telefonzentrale	**02324/502-0**
Patienten Service Center	502-280
Notaufnahme/Ambulanz	502-222
Gefäß-, Unfall- und Visceralchirurgie	
Chefarzt Priv.-Doz. Dr. med. Helfried Waleczek	502-216
Gefäßchirurgie	
Ltd. Oberarzt Andreas Hoffmann	502-396
Plastische/Ästhetische Chirurgie und Handchirurgie	
Chefarzt Dr. med. Karl Schuhmann	502-511
Orthopädie	
Institutsleiter Dr. med. Peter-Dietmar Platzek	
und Dr. med. Stefan Heidersdorf	502-6530
Innere Medizin	
Chefarzt Prof. Dr. med. Andreas Tromm	502-219
Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie	
Chefärztin Dr. med. Jihan Mohasseb	502-271
Neurologie I - Neurologie u. Stroke Unit	
Chefarzt Dr. med. Rainer Poburski	502-261
Neurologie II - Neurologie und Komplementärmedizin	
Chefarzt Prof. Dr. med. Horst Przuntek	502-947
Anästhesiologie und Intensivmedizin	
Chefarzt Dr. med. Gerhard Karl Schlosser	502-451
Hals-Nasen-Ohrenerkrankungen	
Dr. med. Jörg Blobel,	
Dr. med. Sarantuya Shagdarsuren	
Dr. Holger Marsch	
Alexander Korte	502-212
Frauenheilkunde	
Dres. med. Nicola Höner/	
Sabine Oppel/Thomas Schröder	502-522
Ambulante Dienste Hattingen	502-480
Kurzzeitpflege	502-936
Dr. med. Thomas Hulisz	0234/517-4600

AKA 7701 - MF150430