

# Ergänzung zur PATIENTENVERFÜGUNG

## 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:**

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

eingeliefert werden

- 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 beigefügt sein.

Zuletzt geändert am: .....

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

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

## 5. Notfallplan<sup>3</sup>

Mögliche Komplikation	Vom Patienten gewünschte Behandlung

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

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

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

.....  
**(Unterschrift des Patienten/der Patientin)**

<sup>3</sup> Muss gemeinsam mit dem behandelnden Arzt oder der Palliativfachkraft ausgefüllt werden.

