CHECKLISTE PATIENTENVERFÜGUNG

Mein Zeitplan

Startdatum: _____

Zieldatum: _____

IT'S TIME TO TAKE ACTION

WEITERE INFORMATIONEN AUF WWW.COVERYOURASS.INFO

Für meine Patientenverfügung

☐ Vertrauensperson

Die Person/die Personen, die Auskunft erhalten und meinen Willen vertreten soll.

Ich habe mit der Person/den Personen gesprochen und diese ist/sind bereit dazu, diese Aufgabe für mich zu übernehmen.

Benötigte Daten je Bevollmächtigtem:
- Name
- Geburtsdatum
- Geburtsort
- Adresse
- Telefonnummer

☐ Lebenssituation / Gesundheitszustand

Stichpunkte zu meiner Lebenssituation

- aktueller Gesundheitszustand _____
- Diagnosen, an denen ich leide _____
- Grund für die Erstellung der Patientenverfügung _____
- Bin ich aktuell auf Pflege angewiesen? _____

☐ Grundsatzbestimmungen

- Wo möchte ich gerne sterben? _____
- Wo möchte ich auf keinen Fall sterben? _____
- Wie stehe ich zu Sterbehilfe? _____
- Möchte ich Seelsorge und Beistand? _____

☐ Reanimation

Meine Haltung zu Reanimation:

- ich möchte immer reanimiert werden, auch wenn irreversible Schäden möglich sind
- Es gibt Ausnahmen, bei denen ich nicht reanimiert werden möchte:
- _____
- _____
- Abbruchkriterien: _____

Für meine Patientenverfügung

☐ Therapiegrenzen

Ab dieser Grenze gestatte ich nur noch palliativmedizinische Behandlung, auch wenn meine Lebenszeit dadurch verkürzt wird.

Diagnosen: (z.B. maligner Hirntumor, Locked-In-Syndrom, Wachkoma,...)

- _____
- _____
- _____

Symptome: (z.B. Taubheit, Blindheit, Verlust des Sprachvermögens, Taub-Blindheit)

- _____

☐ Ausschluss von lebenserhaltenden Maßnahmen

Folgende lebenserhaltende Maßnahmen lehne ich bei Überschreitung meiner Therapiegrenzen ab:

Bsp.: Operationen, antibiotische Behandlung, künstliche Ernährung, maschinelle Beatmung, Dialyse, Reanimation, Blutspenden, Transplantationen,...

- _____
- _____
- _____

Symptome: (z.B. Taubheit, Blindheit, Verlust des Sprachvermögens, Taub-Blindheit)

- _____

☐ Notwendige minimale Lebensqualität

Mein Verständnis von minimal erforderlicher Lebensqualität:

Pflegebedürftigkeit - mit welchem Grad kann ich noch leben? z.B. geringe Unterstützung, Bettlägrigkeit, Schwerstpflegefall

- _____

Ausdruck/Austausch - welche Fähigkeiten sind mir wichtig? z.B. sehen, hören, sprechen

- _____
- _____

Für meine Patientenverfügung

☐ Organspende

Meine Haltung zum Empfang von Organspenden: _____

Meine Haltung zum Spenden meiner Organe: _____

Organe, die ich keinesfalls spenden möchte:

- _____
- _____

oder - Organe, die ich bereit bin zu spenden:

- _____
- _____

Gilt mein Auschluss von lebenserhaltenenden Maßnahmen auch im Falle einer erforderlichen Erhaltung bis zur Organentnahme bei meinem Hirntod mit anschließender Organspende?

- _____

☐ Klinische Obduktion

Meine Haltung zu einer Obduktion: _____

☐ Demenz oder vergleichbarer Zustand

Meine Haltung zu Demenz und dem Umstand, dass ich ggf. freiwillig keine Nahrung mehr zu mir nehmen möchte:

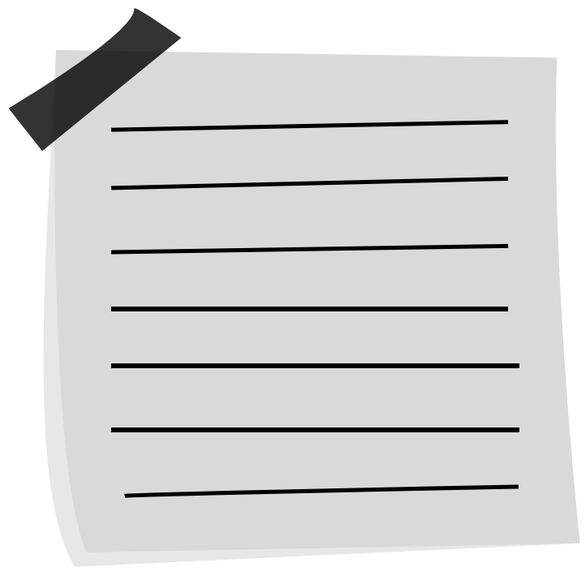
_____

_____

_____

_____

Meine Notizen:



Weitere Regelungen:

Ausschlüsse zu den genannten Punkten:

Offene Fragen: