

Ergänzung zur Patientenverfügung

Herz- und Diabeteszentrum NRW, Bad Oeynhausen

Nach ausführlicher Beratung und Aufklärung durch die Ärzte des Herz- und Diabeteszentrums NRW (HDZ NRW) in Bad Oeynhausen habe ich,

Name: _____
Vorname: _____
geboren am: _____
wohnhaft in: _____

einem Eingriff am Herzen (.....) zugestimmt.

Mir ist bewusst, dass der Behandlungsverlauf nicht sicher vorhersehbar ist. Nach dem Eingriff kann es für einen nicht überschaubaren Zeitraum zu Organfunktionsstörungen kommen, die kontinuierlich mit den Mitteln der „Hoch-Technologie“ –Intensivmedizin korrigiert werden müssen. Ich stimme den Maßnahmen und Anordnungen der behandelnden Ärzte in vollem Umfang zu – soweit ein Therapieziel für mich formuliert werden kann, das ein zukünftiges, selbstbestimmtes Leben für mich möglich erscheinen lässt.

Sollte es zu einem - nach ärztlicher Einschätzung - dauerhaften Versagen mehrerer Organe (Leber, Niere, Lunge, Herz; sogenanntes Multiorganversagen) kommen, wünsche ich keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen und auch keine Fortführung bereits begonnener intensivmedizinischer Maßnahmen.

Nach einem Zeitraum von _____ Wochen / Monaten wünsche ich die Erörterung meiner Situation durch ein berufsgruppenübergreifendes Gespräch meiner Behandler, zu meinem Wohle, in einem Ethischen Fallgespräch. (Zutreffendes bitte ankreuzen) Ja Nein

Ist ein Behandlungserfolg im Rahmen der beschriebenen Mindestlebensqualität nicht erreichbar, bitte ich meinen weiteren Lebensweg – bis zum Ende- mit lindernder (palliativer)Medizin und Pflege zu begleiten. (Zutreffendes bitte ankreuzen) Ja Nein

Was mir grundsätzlich wichtig ist:

Die Antworten auf die nachfolgenden Fragen sollten Sie im Hinblick darauf formulieren, dass Ihre Aussagen im Falle Ihrer Entscheidungs- oder Äusserungsunfähigkeit –den Ärzten, Pflegefachpersonen, Angehörigen und anderen sie betreuenden Personen eine Hilfe zur Entscheidungsfindung in Ihrem Sinne sein können.

1. Für mein körperliches Wohlbefinden stehen folgende Punkte im Vordergrund:
1.1 bei neurologischen Defiziten / Einschränkungen der geistigen Fähigkeiten (*bitte angeben*)

- _____
- _____
- _____

- 1.2 bei Bewegungseinschränkungen:

- _____
- _____
- _____

- 1.3 dem Abhängigkeitsgrad von fremder Hilfe:

- _____
- _____
- _____

2. Zu meinem seelischen /psychischem Wohlbefinden trägt Folgendes bei:

- _____
- _____
- _____

3. Aus religiöser / spiritueller Hinsicht ist mir besonders wichtig:

- _____
- _____
- _____

4. Bezüglich meiner Familie, Freunde, andere Mitbetroffenen möchte ich Folgendes festhalten:

- _____
- _____
- _____

5. Was heißt für mich persönlich „in Würde sterben“? Wo möchte ich sterben?

- _____
- _____
- _____

In der Situation einer schwerwiegenden neurologischen Schädigung und des sich bei mir abzeichnenden Hirntodes ist mir die Möglichkeit zur Organspende wichtig und ich bin mit intensivmedizinischen Maßnahmen einverstanden, die in der Regel aus künstlicher Beatmung und weiteren organerhaltenden Interventionen bestehen. Diese Maßnahmen gestatte ich, damit nach der Feststellung des Hirntodes Organe entnommen werden können.

Ich stimme einer Organentnahme - im Falle des festgestellten Hirntodes - zur Organspende zu und gestatte die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zur Vorbereitung und Durchführung der Organentnahme. *(Zutreffendes ankreuzen)* Ja Nein

Meine Entscheidungen gegen eine Fortführung intensiv-medizinischer Maßnahmen darf nur zu diesem Zweck außer Acht gelassen werden. *(Zutreffendes ankreuzen)* Ja Nein

Nach meinem Tod stimme ich einer Obduktion zu. Ja Nein

Folgende Person meines Vertrauens ist über meine in dieser Patientenverfügung dokumentierten Wertvorstellungen und Wünsche informiert :

Name: _____
Wohnort: _____
Straße: _____
Tel./Fax: _____
Mail: _____

Unterschrift Vertrauensperson: _____

Die Vertrauensperson ist auch im Besitz einer Vorsorgevollmacht: Ja Nein

Vorsorgevollmacht habe ich erteilt an :

Name: _____
Wohnort: _____
Straße: _____
Tel./Fax: _____
Mail: _____

Ort, Datum

Unterschrift: