

# Ergänzung zur Patientenverfügung im Fall schwerer Krankheit

## 1. Personalien

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

## 2. Krankheitsgeschichte und Diagnose *(sollte vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 3. Was mir jetzt wichtig ist *(z.B. Krankenhauseinweisung, Sterben zu Hause, persönliche Werte in der Situation u.a.)*

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:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Darüber hinaus ist mir besonders wichtig:**

*(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt)*

- Diagnostische Maßnahmen oder eine Einweisung in ein Krankenhaus sollen nur dann erfolgen, wenn sie einer besseren Beschwerdelinderung dienen und 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: \_\_\_\_\_

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 beigelegt sein.

zuletzt geändert am: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name und Adresse des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

\_\_\_\_\_

Unterschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

**5. Notfallplan (muss gemeinsam mit dem behandelnden Arzt oder einer Palliativpflegekraft ausgefüllt werden)**

mögliche Komplikationen	vom Patienten gewünschte Behandlung

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

**Aktuelle Medikamente**

Medikament	Uhrzeit						Zweck

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

zuletzt geändert am

Name und Anschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

Telefon

Unterschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft