Willner

Mandantenfragebogen – bitte möglichst vollständig ausfüllen

FRAGEBOGEN PATIENTENVERFÜGUNG

Vorbereitung einer notariellen Erklärung zu Voluntades Anticipadas

Die Verfügung soll greifen, wenn aus medizinischer Sicht nichts mehr für den Patienten gemacht werden kann, man sich im Endstadium seines Lebens befindet.

Der benannte Vertreter, der bei der notariellen Beurkundung anwesend sein muss, trifft keine eigenen medizinischen Entscheidungen anstelle des Verfügenden. Seine Aufgabe ist es, den in der Patientenverfügung bereits festgelegten Willen gegenüber Ärzten, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zur Geltung zu bringen und auf dessen Umsetzung zu achten. Deshalb sollten die nachstehenden Behandlungswünsche möglichst konkret festgelegt werden.

1. Persönliche Angaben

Vor- und Nachname _____

Geburtsdatum / Geburtsort _____

Staatsangehörigkeit _____

Familienstand _____

Anschrift _____

Ausweis-/Passnummer _____

NIE _____

Telefon / E-Mail _____

Gesundheitskartennummer _____

Krankenversicherung / Versicherungsnummer _____

2. Familiäre Situation

Ehe-/Lebenspartner _____

Kinder (Namen und Geburtsdaten) _____

Weitere nahestehende Personen _____

3. Organspende

Was wünschen Sie nach Ihrem Tod?

☐ Ich möchte Organe, Gewebe und Körperteile grundsätzlich spenden.
☐ Ich möchte Organe auch für wissenschaftliche Forschungszwecke zur Verfügung stellen.
☐ Folgende Organe/Körperteile sollen ausdrücklich ausgeschlossen sein:_____
☐ Ich möchte keinerlei Organe, Gewebe oder Körperteile spenden.

☐ Ich möchte hierzu keine ausdrückliche Regelung treffen.

4. Situationen, in denen die Patientenverfügung gelten soll

unheilbarer Erkrankung im Endstadium, unmittelbarem Sterbeprozess, dauerhaftem Wachkoma / vegetativem Zustand, schwerer und irreversibler Hirnschädigung, fortgeschrittener, unheilbarer Krebserkrankung, fortgeschrittener Demenzerkrankung mit dauerhaft fehlender Entscheidungsfähigkeit, sonstigem schweren und irreversiblen Zustand, bei dem eine Wiederherstellung eines selbstbestimmten Lebens nach ärztlicher Einschätzung nicht mehr zu erwarten ist

Soll Voraussetzung sein, dass zwei behandelnde Ärzte übereinstimmend feststellen, dass der Zustand irreversibel ist?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Andere Regelung:

5. Lebensverlängernde Maßnahmen

Künstliche Lebensverlängerung allgemein

☐ Ich wünsche keine künstliche Verlängerung meines Lebens, wenn eine der oben genannten Situationen vorliegt.
☐ Ich wünsche lebensverlängernde Maßnahmen auch in diesen Situationen.
☐ Andere konkrete Regelung:

_____

Wiederbelebung

☐ Keine Wiederbelebungsmaßnahmen.
☐ Wiederbelebung soll versucht werden.
☐ Nur unter folgenden Voraussetzungen:

_____

Künstliche Beatmung

☐ Keine künstliche Beatmung.
☐ Nur vorübergehend, wenn eine realistische Aussicht auf Erholung besteht.
☐ Auch dauerhafte Beatmung.
☐ Andere Regelung:

_____

Künstliche Ernährung

☐ Keine künstliche Ernährung.
☐ Nur vorübergehend, wenn eine realistische Aussicht auf Erholung besteht.
☐ Auch dauerhaft.
☐ Andere Regelung:

_____

Künstliche Flüssigkeitszufuhr

☐ Keine künstliche Flüssigkeitszufuhr.
☐ Nur vorübergehend.
☐ Auch dauerhaft.

☐ Andere Regelung:

_____

Dialyse

☐ Keine Dialyse.
☐ Nur bei realistischer Aussicht auf Erholung.
☐ Auch dauerhaft.
☐ Andere Regelung:

_____

6. Schmerztherapie und Palliativmedizin

☐ Ich wünsche eine umfassende Schmerz- und Symptombehandlung sowie palliative Versorgung.
☐ Schmerz- und Beruhigungsmittel dürfen auch dann verabreicht werden, wenn hierdurch als unbeabsichtigte Nebenfolge meine Lebenszeit verkürzt werden könnte.
☐ Ich wünsche möglichst eine Versorgung durch ein Palliativteam bzw. in einem Hospiz.
☐ Folgende Wünsche sollen zusätzlich beachtet werden:

_____

7. Euthanasie / aktive Herbeiführung des Todes

☐ Ich lehne jede aktive Herbeiführung meines Todes ausdrücklich ab.
☐ Ich möchte lediglich, dass medizinische Maßnahmen nach Maßgabe meiner vorstehenden Festlegungen unterlassen oder beendet werden dürfen.
☐ Ich möchte hierzu folgende andere Regelung aufnehmen bzw. Beratung:

_____

8. Besuche und persönliche Begleitung

☐ Meine Familie und mir nahestehende Personen sollen mich möglichst ohne unnötige Einschränkungen besuchen und begleiten können.
☐ Folgende Personen sollen insbesondere Zugang zu mir erhalten:
☐ Folgende Personen sollen keinen Zugang zu mir erhalten:

_____

9. Aufenthaltsort und Pflege

Mein Vertreter soll – im Rahmen des von mir festgelegten Willens und soweit gesetzlich zulässig – dessen Umsetzung auch hinsichtlich folgender organisatorischer Maßnahmen veranlassen dürfen:

☐ Pflege zu Hause
☐ Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung

☐ Unterbringung in einem Krankenhaus
☐ Verlegung in eine andere Einrichtung
☐ Verlegung / Rücktransport nach Deutschland
☐ Verlegung in ein anderes Land
☐ Beschäftigung privaten Pflege- oder Haushaltspersonals

Besondere Wünsche zum Aufenthaltsort:

_____
_____

10. Medizinische Zwangsmaßnahmen / freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Soweit gesetzlich zulässig, wünsche ich hinsichtlich folgender Maßnahmen:

Krankenhauseinweisung auch gegen meinen aktuellen, krankheitsbedingt nicht freien Willen	☐ zulässig	☐ nicht zulässig
Unterbringung in einer geschützten Einrichtung	☐ zulässig	☐ nicht zulässig
Fixierungsmaßnahmen	☐ zulässig	☐ nicht zulässig
Sedierende Medikamente	☐ zulässig	☐ nicht zulässig

☐ Sonstige freiheitsbeschränkende Maßnahmen:

_____
_____

11. Benennung des Vertreters / der Vertreter (Anwesenheit bei Beurkundung erforderlich)

Hauptvertreter – Name _____
Geburtsdatum _____
Anschrift _____
Telefon / E-Mail _____

1. Ersatzvertreter – Name _____
Geburtsdatum _____
Anschrift _____
Telefon / E-Mail _____

2. Ersatzvertreter – Name _____
Geburtsdatum _____
Anschrift _____
Telefon / E-Mail _____

12. Reihenfolge und Einzelvertretung

☐ Zunächst soll ausschließlich der Hauptvertreter handeln.
☐ Ersatzvertreter sollen nur handeln, wenn der Hauptvertreter verstorben oder verhindert ist.
☐ Mehrere Ersatzvertreter dürfen jeweils einzeln handeln.

☐ Mehrere Ersatzvertreter sollen nur gemeinsam handeln.
☐ Es soll folgende Reihenfolge gelten:

_____

13. Aufgabe des Vertreters

Der Vertreter soll den in dieser Patientenverfügung festgelegten Willen gegenüber Ärzten, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und sonstigen Beteiligten zur Geltung bringen. Er soll medizinische Unterlagen einsehen und erhalten dürfen, soweit dies zur Durchsetzung meines Willens erforderlich ist.
Ärzte und sonstige Behandler sollen gegenüber dem Vertreter insoweit von ihrer Schweigepflicht entbunden sein.
Der Vertreter soll über meinen Gesundheitszustand und die geplanten medizinischen Maßnahmen vollständig informiert werden.
Der Vertreter soll Abschriften der Patientenverfügung anfordern und an die beteiligten Stellen weitergeben dürfen.

14. Wünsche nach dem Tod

Bestattungsart:
☐ Einäscherung ☐ Erdbestattung ☐ Andere Regelung:
Ort der Beisetzung / Verbleib der Asche:

_____
_____

15. Sonstige Wünsche / Punkte zur Beratung

_____

_____

_____

_____ _____

Ort / Datum Unterschrift