

Ergänzung zu meiner Patientenverfügung

Kreissenorenrat
Konstanz



Mein Wille für den Fall, dass ich an COVID-19 erkrankte

PERSÖNLICHE DATEN

Name: Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Mir ist bewusst, dass eine Erkrankung an COVID-19 insbesondere bei Personen mit hohem Lebensalter und Vorerkrankungen mit Atemnot einhergeht und lebensbedrohliche Auswirkungen haben kann. Bei der Erkrankung kann eine künstliche Beatmung notwendig werden. Durch die Beatmung können oft lebensgefährliche, mit starker Luftnot einhergehende, Zustände abgewendet werden.

Ich verfüge folgendes:

1. Wenn bei mir eine Covid-19 Infektion diagnostiziert wird, möchte ich zunächst unter Einhaltung der Hygienevorschriften zuhause bleiben und dort behandelt werden.
2. Sollte sich im Verlauf der Erkrankung mein Zustand verschlechtern und ärztlicher Rat dringend eine Verlegung in ein Krankenhaus empfiehlt, so stimme ich dem zu, falls erforderlich auch einer Beatmung über eine Maske auf Nase und Mund (nicht-invasive Beatmung).
3. Wenn sich danach meine COVID-19 Erkrankung weiter verschlimmert und ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, erwarte ich in Ergänzung zu meiner Patientenverfügung vom

für diese Situation eine Verlegung auf eine Intensivstation, um die Maßnahmen zu ergreifen, die ärztlich empfohlen und medizinisch geboten sind, um meine Genesung zu erreichen. Diese Erwartung schließt meine Zustimmung ein, auch für eine Beatmung über einen Schlauch in der Luftröhre (endotracheal) und die künstliche Blutwäsche (Dialyse) und die Durchführung von wiederbelebenden Maßnahmen und die Bluttransfusion und die Gabe notwendiger Medikamente.

Diese Maßnahmen sollen getroffen werden mit dem Ziel der Genesung. Wenn sich jedoch aufgrund dieser Maßnahmen meine Lebenszeit verkürzt, so nehme ich dies in Kauf.

Wichtiger Hinweis:

Wenn ich keine zur Genesung ggfs. notwendige invasive (endotracheale) Beatmung mit den ggfs. erforderlichen Begleitmaßnahmen wünschen, streiche ich den ganzen Punkt 3. Ich lehne damit die genannten Behandlungsmaßnahmen entgegen dem ärztlichen Rat und den Empfehlungen meines Bevollmächtigten sowie des Kreissenorenrates ab.

BETEILIGUNG DES / DER BEVOLLMÄCHTIGTEN

Die medizinische Behandlung der bei mir vorliegenden Corona-Erkrankung setzt meine Zustimmung voraus. Meine Zustimmung oder Ablehnung zur Behandlung orientiert sich nach erfolgter Aufklärung zum Wesen der Erkrankung, zum voraussichtlichen Krankheitsverlauf und zu den Behandlungsmöglichkeiten, einschließlich deren Risiken. Diese bestehen insbesondere bei der invasiven (endotrachealen) Beatmung. Bin ich selbst nicht in der Lage, zur Behandlung eine Entscheidung zu treffen, ist die von mir bevollmächtigte Person beizuziehen. Muss die Behandlung unverzüglich (Notfall) begonnen werden, stimme ich der Behandlung zu.

Widerruf der Ergänzung der Patientenverfügung

Mir ist bekannt, dass ich diese Ergänzung zur Patientenverfügung vom:
jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

Unterschrift:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen in dieser Erklärung bewusst bin. Wenn ich den Punkt 3 gestrichen habe und die dort genannten Behandlungsmaßnahmen entgegen dem ärztlichen Rat und den Empfehlungen meines Bevollmächtigten sowie des Kreissenioresrates ablehne, habe ich die Bedeutung meiner Ablehnung der Behandlung verstanden. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

Ort, Datum, Unterschrift:

Bestätigung durch den / die Bevollmächtigte/n

Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung von der Verfasserin/vom Verfasser selbst unterschrieben ist. Mit der von ihm/ihr geforderten Beteiligung bei einer Entscheidung über Einleitung oder/und Beendigung einer Behandlung bin ich einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift:

telefonische Erreichbarkeit:

Raum für persönliche Anmerkungen: