

FORMULAR PATIENTENVERFÜGUNG

NAME UND VORNAME:

ADRESSE:

SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER:

GEBURTSDATUM UND -ORT:

TEL./GSM:

E-MAIL:

Für den Fall, dass ich mich in einem fortgeschrittenen Stadium oder Endstadium einer schweren oder unheilbaren Erkrankung, unabhängig von deren Ursache, befinde und dass ich nicht mehr in der Lage bin meinen Willen zum Ausdruck zu bringen, habe ich meine Patientenverfügung abgefasst. Der behandelnde Arzt muss sie laut Gesetz berücksichtigen.

Ich wünsche mir, dass alle Entscheidungen laut meiner Patientenverfügung getroffen werden und/oder gegebenenfalls in Absprache mit meiner Vertrauensperson.

VERTRAUENSPERSON

Ich ermächtige hiermit die nachstehende Person:

- *meinen Willen in Bezug auf die Behandlungs- und Pflegemaßnahmen auszudrücken und*
- *in meinem Namen in die vorgeschlagenen Maßnahmen einzuwilligen.*

NAME UND VORNAME:

GEBURTSDATUM:

ADRESSE:

TEL./GSM:

E-MAIL:

Ich erlaube den Ärzten und dem Pflegepersonal meiner Vertrauensperson alle notwendigen Informationen zu geben.

- (1) Ich fordere die Beendigung jeglicher Untersuchungen und Behandlungen für den Fall dass diese keine Linderung, keine Verbesserung meines Zustandes, keine Hoffnung auf Heilung bringen und den Tod nur hinauszögern, ohne den Verlauf meiner Erkrankung aufzuhalten.

Dies beinhaltet den speziellen Fall des unwiderruflichen Komas, das heißt den Fall, in dem mein Gehirn schwerwiegend und nachhaltig durch einen Unfall oder durch eine Erkrankung beschädigt wurde und welcher einen wahrscheinlich unwiderruflichen Bewusstseinsverlust zur Folge hätte.

ja nein

- (2) Im Einklang mit meiner Entscheidung unter (1) bitte ich meinen Arzt folgende Behandlungen und Maßnahmen zu unterlassen, wenn diese keine Verbesserung meines Zustandes oder keine Hoffnung auf Heilung bringen und den Tod nur hinauszögern.

Ich verzichte auf folgende Behandlungen/Maßnahmen:

- künstliche Beatmung;
- künstliche Ernährung;
- künstliche Flüssigkeitszufuhr;
- sämtliche Medikamente, die nicht zu meiner Lebensqualität beitragen;
- Dialyse;
- Behandlung im Krankenhaus;
- andere

(3) Zusätzliche Anmerkungen:
.....
.....

(4) Zur Pflege und zur Begleitung am Lebensende wünsche ich:

a) In Bezug auf das Pflegepersonal, die körperliche Pflege und mein Wohlbefinden:
(z.B. Position in Bett/Sessel, Massagen, ätherische Öle, Musik, Lieblingsessen/-getränke, ...)

.....
.....
.....

b) In Bezug auf die Begleitung:
Familie/Angehörige, psychologisch, spirituell/religiös, ehrenamtlich, andere
(bitte möglichst genaue Informationen geben)

.....
.....
.....

EINE KOPIE DIESER PATIENTENVERFÜGUNG HAT ERHALTEN:

1. Meine Vertrauensperson

NAME UND VORNAME:

ADRESSE:

.....

TEL./GSM:

E-MAIL:

2. Behandelnder Arzt

NAME UND VORNAME:

ADRESSE:

TEL./GSM:

E-MAIL:

3. Krankenakte (z.B. Patientenakte, CIPA, Krankenhaus, usw.)

.....

.....

4. Drittperson(en)

NAME UND VORNAME:

ADRESSE:

TEL./GSM:

E-MAIL:

Nach der Ausarbeitung meiner Patientenverfügung habe ich auch über andere Punkte nachgedacht, die mir wichtig sind.

WÜNSCHE, AUßER EINER UNHEILBAREN ERKRANKUNG, IN DEM FALL, DASS ICH MEINEN WILLEN NICHT ZUM AUSDRUCK BRINGEN KANN:

Wenn ich nicht in der Lage bin, meinen Willen vorübergehend oder dauerhaft zum Ausdruck zu bringen, soll der Gesundheitsdienstleister meinen mutmaßlichen Willen herausfinden indem er sich an folgende Personen wendet:

- An meine Vertrauensperson.
- An meine Angehörigen.
- An alle Personen, die Kenntnis über meinen Willen haben könnten.

Im Fall eines Notfalls

- Bitte ich den Gesundheitsdienstleister, sämtliche Notfallmaßnahmen in meinem Interesse zu ergreifen.
- Habe ich nachgedacht und meinen Willen gebildet:

Herz-Lungen-Wiederbelebung ja nein

künstliche Beatmung ja nein

künstliche Ernährung ja nein

Kommentar:

.....

WAS MIT MEINEM KÖRPER NACH DEM TOD GESCHEHEN SOLL

Organspende

- Ich bin gegen eine Organentnahme zur Transplantation
- Ich bin mit einer Organentnahme zur Transplantation einverstanden, außer von folgenden Organen:

.....

.....

Nach meinem Tod möchte ich:

- beerdigt werden
- eingeäschert werden
- meine Asche soll

Andere Wünsche im Zusammenhang mit der Beerdigung:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hiermit bestätige ich, dass diese Patientenverfügung meinem freien und klaren Willen entspricht und dass ich diese Verfügung nach reiflicher Überlegung abgefasst habe.

Ausgefertigt in Exemplaren

....., den

Ort/Datum

.....
Name und Vorname/Unterschrift

Unterschrift

SIND SIE KÖRPERLICH NICHT IN DER LAGE, DIESES DOKUMENT SELBST ABZUFASSEN/ZU UNTERZEICHNEN, SO HABEN SIE DIE MÖGLICHKEIT, DASS EINE VON ZWEI PERSONEN IHRER WAHL AUFSCHREIBT WAS SIE IHR DIKTIEREN. BEIDE ZEUGEN UNTERZEICHNEN DAS DOKUMENT.

Wir, die Unterzeichnenden, Zeugen gemäß Artikel 5 Absatz 2 des Gesetzes vom 16. März 2009 über Palliativpflege, Patientenverfügung und Sterbebegleitung bestätigen, dass dieses Dokument der Ausdruck des freien und klaren Willens von:

FRAU/HERR:

ist, welche/r nicht in der Lage ist, ihre/seine Patientenverfügung selbst abzufassen und zu unterzeichnen.

NAME/VORNAME:

FUNKTION:

ADRESSE:

DATUM/UNTERSCHRIFT:

NAME/VORNAME:

FUNKTION:

ADRESSE:

.....

Datum

Unterschrift

ZUSÄTZLICHE ERKLÄRUNGEN

Nachdem Sie Ihre Patientenverfügung abgefasst, datiert und unterschrieben haben

- bewahren Sie das Original zuhause an einem leicht zugänglichen Ort auf
- geben Sie eine Kopie
 - Ihrer Vertrauensperson
 - Ihrem behandelnden Arzt
 - dem CIPA-, Krankenhauspersonal, usw. (falls zutreffend)
 - einer Drittperson
- speichern Sie eine Kopie in Ihrer Patientenakte, wenn Sie dies wünschen

ERNEUERUNG:

Im Gesetz ist keine Gültigkeitsdauer der Patientenverfügung vorgesehen, sie gilt daher bis zu ihrer Änderung oder Annullierung. Dennoch empfehlen wir Ihnen, die Patientenverfügung alle fünf Jahre zu überlesen und sie nach Belieben zu bestätigen oder anzupassen.

FRAGEN UND ANTWORTEN ZUR PATIENTENVERFÜGUNG

1. Was ist unter Palliativpflege zu verstehen?

Palliativpflege ist eine aktive, kontinuierliche und koordinierte Pflege durch ein interdisziplinäres Team unter Achtung der Würde des Pflegebedürftigen. Diese Pflege hat zum Ziel allen körperlichen, psychischen, geistigen und sozialen Bedürfnissen der versorgten Person Rechnung zu tragen und ihr Umfeld zu unterstützen. Sie umfasst die Behandlung von Schmerzen und des psychischen Leids. Um dies zu gewährleisten, arbeiten die verschiedenen Gesundheitsberufe wie Ärzte, Krankenpfleger und Pflegehelfer, Physiotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter und andere eng zusammen. Bei allen Entscheidungen der Behandlung wird der Wille des kranken Menschen berücksichtigt.

Palliativpflege steht für die ganzheitliche Betreuung des kranken Menschen.

2. Wo wird Palliativpflege angeboten?

Palliativpflege wird zu Hause, im Krankenhaus, im Haus Omega – einem Palliativzentrum – und in Altenheimen angeboten.

3. Wer hat Anrecht auf Palliativpflege?

Jede Person im fortgeschrittenen Stadium oder Endstadium einer schweren oder unheilbaren Erkrankung unabhängig von deren Ursache hat Recht auf Palliativpflege.

4. Wer übernimmt die Kosten der Palliativpflege?

Die Kosten der Palliativpflege werden auf Antrag des behandelnden Arztes von der Caisse Nationale de Santé (CNS) übernommen (Pflegeheft der behandelten Person am Lebensende).

5. Urlaub zur Sterbebegleitung

Wussten Sie, dass Sie laut Gesetz Anrecht auf Urlaub zur Sterbebegleitung haben, um einem Familienmitglied am Lebensende beizustehen?

Sie haben Anrecht auf fünf Tage (maximal 40 Stunden) pro Person am Lebensende und pro Jahr, die je nach Bedarf gesplittet werden können.

Die Antragsformulare für diesen Urlaub finden Sie unter www.cns.lu, Tel. 27 57 - 1.

Zusätzliche Informationen: siehe am Ende dieses Dokuments.