

Meine Willenserklärung

Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

Hinweis

Ich habe neben dieser Corona-Patientenverfügung bereits eine allgemein gültige Patientenverfügung verfasst.

Ja Nein

Mir ist wichtig, dass für den Fall einer Coronainfektion diese hier gemachten Behandlungswünsche Vorrang vor den Festlegungen meiner allgemeinen Patientenverfügung haben.

Ja Nein

Im Folgenden möchte ich meine persönlichen Vorstellungen zu einer Erkrankung an dieser schweren Infektion zusammenfassen. Damit sollen meine behandelnden Ärzte für medizinische Entscheidungen Orientierung bekommen. Hiermit stelle ich dar, was mir für den Fall eine Erkrankung an Covid-SARS-2 wichtig ist:

Solange ich selbst entscheidungsfähig bin und sprechen kann, gilt alleine mein aktueller Wille.

Auf Basis dieser Vorstellungen habe ich diese **Patientenverfügung** verfasst **für den Fall, dass ein/e Arzt/Ärztin mich im Rahmen einer Coronainfektion als nicht einwilligungsfähig beurteilt**, ich also »Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) einer ärztlichen Maßnahme nicht erfassen kann« (BGH, Urteil v. 28.11.1957).

Für den Fall einer behandlungspflichtigen SARS-CoV-2-Infektion und unter Berücksichtigung meiner Begleiterkrankungen und Lebensumstände habe ich nachfolgende Festlegungen getroffen (siehe Rückseite).

Festlegungen bei behandlungspflichtiger Corona(SARS-CoV-2)-Infektion und unter Berücksichtigung meiner Begleiterkrankungen und Lebensumstände

- A** Ich wünsche und bestimme, dass alle lindernden, medizinisch möglichen und angezeigten (= indizierten) Behandlungen (»Maximaltherapie«) vorgenommen werden, um mein Leben zu erhalten. Ja Nein
Mir ist bewusst, dass die gewünschte Maximaltherapie definierte Maßnahmen wie Herz-Lungen-Wiederbelebung (Reanimation); Künstliche Beatmung mittels Beatmungsschlauch; Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr; Gabe von Blut(bestandteilen); Künstliche Blutwäsche (Dialyse, Hämofiltration oder vergleichbare Verfahren); Gabe von Antibiotika und ggf. noch weitere intensivmedizinische Maßnahmen beinhaltet.
- B** Ich wünsche und bestimme, dass ich mit meiner Coronainfektion im Krankenhaus, aber nicht auf der Intensivstation behandelt werde. Ja Nein
Ich verzichte also bewusst auf die Intensivtherapie (Maximaltherapie) mit Herz-Lungen-Wiederbelebung (Reanimation); Künstliche Beatmung mittels Beatmungsschlauch; Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr; Künstliche Blutwäsche (Dialyse, Hämofiltration oder vergleichbare Verfahren) und ggf. noch weitere intensivmedizinischen Maßnahmen, möchte aber stationär im Krankenhaus auf einer Normalstation mit Infusionen, Antibiotika etc. behandelt werden.
- C** Ich wünsche, und bestimme dass ich mit meiner Coronainfektion zu Hause bzw. an meinem aktuellen Aufenthaltsort behandelt werde. Ja Nein
Dies beinhaltet die eventuell zusätzlich nötige antibiotische Behandlung und die Sauerstoffgabe vor Ort, jedoch den Verzicht auf eine Krankenhauseinweisung, Reanimation und Intensivtherapie (gleich welcher Art).
- D** Ich wünsche und bestimme ausschließlich lindernde Maßnahmen (»Palliativversorgung«). Ja Nein
Gemäß den Grundsätzen zur Sterbebegleitung der Bundesärztekammer wünsche ich fachgerechte Mund- und Schleimhautpflege sowie Körperpflege und Linderung von belastenden Symptomen wie z.B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst und Unruhe.

Weitere Festlegungen

Ich bestimme, dass Betreuer, Bevollmächtigte und Mitarbeiter des Krankenhauses (auch Ärzte) nicht berechtigt sind, aufgrund einer "mutmaßlichen Änderung meines Willens " von den Bestimmungen dieser Verfügung abzuweichen.

Zur Durchsetzung der in dieser Verfügung getroffenen Festlegungen bevollmächtige ich
Der Bevollmächtigte ist berechtigt Untervollmachten zu erteilen und gegebenenfalls eine/n Rechtsanwältin/Rechtsanwalt zu beauftragen.

Mitgeltende Verfügungen

Ich habe zusätzlich zur dieser Patientenverfügung folgende Verfügungen erstellt:

(Vorsorge-)Vollmacht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Betreuungsverfügung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Verfügung für Notfälle (Augsburger Notfallplan)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Verfügung zur Organspende	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Unterschrift

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu medizinischen Maßnahmen soll von den ärztlichen und pflegerischen Behandlungsteams befolgt werden. Meine bevollmächtigte Person oder mein Betreuer soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

Sollten Ärzte oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner bevollmächtigten Person oder meinem Betreuer erwarte ich, dass sie die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

.....
Ort, Datum, Unterschrift