

Gesundheitliche Vorsorgeplanung – Vertreterdokumentation

Feststellung der Behandlungswünsche und des mutmaßlichen Willens einer dauerhaft nicht einwilligungsfähigen Person

Betreute/r

geb. am

Im Rahmen der Vorsorgeplanung erfolgt eine ausführliche Aufklärung der Vertreter bzw. der Angehörigen. Der/die Betreute wird, trotz Einschränkungen, bestmöglich in den Entscheidungsprozess hinsichtlich zukünftiger Therapien mit eingebunden. Zusammen mit den Vertretern werden sämtliche relevante Informationen zur Findung des mutmaßlichen Willens erfasst. Die Festlegungen in diesem Dokument entsprechen somit dem Lebenskonzept und dem mutmaßlichen Willen des/der Betreuten und werden von seinen Vertretern und vom Betreuungsteam übereinstimmend geteilt. Die vorliegende Dokumentation wird in der Gesundheitsakte abgelegt. In einer zukünftigen Entscheidungssituation sollen behandelnde Ärzte/innen, in Absprache mit dem/der Vertreter/in, sich am hier dokumentierten mutmaßlichen Willen orientieren. Wird dieser durch eine von der betreuten Person festgelegte Vertrauensperson (Patientenverfügung) bzw. durch einen Sachwalter vertreten, ist dieser auch rechtlich bindend (Gesetz Nr. 219 vom 22.12.2017). Dieses Dokument wird bei neuen Erkenntnissen oder bei veränderter klinischer Situation entsprechend angepasst.

Eine Patientenverfügung (PV) ist vorhanden ☐ ja ☐ nein

Vertrauensperson (aus PV) (Name):

Telefon:

Unterschrift:

Der/die Betreute hat einen rechtlichen Vertreter / Sachwalter ☐ ja ☐ nein

Rechtliche/r Vertreter/in, Sachwalter/in (Name):

Telefon:

Unterschrift:

An- bzw. Zugehörige (Name):

Telefon:

Unterschrift:

Medizinische Diagnose(n)

Ärztliche Stellungnahme

klinische Situation, Fähigkeiten des/der Betreuten Wünsche zu äußern, möglicher weiterer Verlauf

Allgemeine Einstellung zum Leben, schwerer Krankheit und Tod:

(aktuelle verbale/non-verbale Äußerungen, frühere Aussagen und Überzeugungen, mutmaßlicher Wille)

Wie gerne lebt er/sie? Welche Bedeutung hat es für sie/ihn, (noch lange) weiter zu leben?

Darf eine medizinische Behandlung aus Sicht des/der Betreuten dazu beitragen, ihr/sein Leben in einer Krise zu verlängern? Welche Belastungen und Risiken wäre er/sie bereit dafür auf sich zu nehmen?

Welche Sorgen und Ängste bewegen den/die Betreute/n zukünftige medizinische Behandlungen betreffend?

Gibt es Umstände, unter denen die Verlängerung des Lebens für den/die Betreute(n) kein Behandlungsziel mehr wäre?

Sind Wünsche zum Lebensende (Bedürfnisse, "guter letzter Ort", religiöse/spirituelle Überzeugungen, Begräbnis) des/der Betreuten bekannt?

Ggf. ergänzende persönliche Hinweise (wichtige Personen, Vorlieben, Abneigungen, Pflege):

Palliativmedizinische Versorgung

Eine palliative Betreuung ist stets Teil der medizinischen Versorgung am Lebensende und richtet sich unter anderem nach den Wünschen, die in diesem Dokument festgehalten sind.

Dies bedeutet in jedem Fall fachgerechte Pflege, wie u.a. Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, insbesondere Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit und Angst.

Ggf. persönliche Wünsche und Anmerkungen:

Festlegungen bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes

Betreute/r

geb.am

Bereits jetzt bzw. für den Fall einer **Verschlechterung des Gesundheitszustandes** aufgrund der zugrunde liegenden Erkrankung(en) sowie auch für alle unvorhersehbaren **zukünftigen Notfallsituationen**, entsprechen folgende Festlegungen dem mutmaßlichen Willen des/der Betreuten und sollen zu dessen Wohle berücksichtigt werden:

VORGEHEN BEI HERZ- KREISLAUF STILLSTAND

JA ☒ Beginn Notfalltherapie mit kardiopulmonaler Reanimation

☐ NEIN

THERAPIEZIEL BEI VERSCHLECHTERUNG = Lebensverlängerung- aber mit folgenden Einschränkungen

JA ☒ Invasive Lungenbeatmung, ggf. mit Tracheostomie, bei anhaltender respiratorischer Insuffizienz

☐ NEIN

JA ☒ Nierenersatztherapie (Dialyse) bei anhaltendem Nierenversagen

☐ NEIN

JA ☒ Künstliche Ernährung über Sonden oder Katheter bei anhaltender schwerer Schluckstörung

☐ NEIN

JA ☒ Vermeidung jeglicher Diagnostik aus denen keine positiven therapeut. Konsequenzen zu erwarten sind

JA ☒ Keine Krankenhauseinweisung, nach Möglichkeit Verbleib zu Hause / in Einrichtung

THERAPIEZIEL BEI VERSCHLECHTERUNG = Keine Therapie welche das Leben verlängert

JA ☒ Keinerlei lebensverlängernde Therapie

☐ NEIN

Weitere Festlegungen: (und Vermerk falls oben keine Festlegung erfolgt ist)

Datum:

Unterschrift:

Vertrauensperson (aus PV) (Name):

Rechtliche/r Vertreter/in, Sachwalter/in (Name):

An- bzw. Zugehörige (Name):

Arzt (Stempel und Unterschrift):

Vertreter des Betreuungsteams (Name und Unterschrift):

Die Festlegungen sind regelmäßig zu überprüfen und bei veränderter klinischer Situation anzupassen.