

Gesundheitliche Vorsorgeplanung

(Pianificazione Condivisa delle Cure, Gesetz Nr. 219 vom 22.12.2017, Art. 5)

Betreute/r

geb. am

Im Rahmen der Vorsorgeplanung erfolgt eine ausführliche Aufklärung über die aktuelle medizinische Situation durch den/die betreuende/n Arzt/Ärztin. Der/die Betreute wird so befähigt, frei und bewusst, sowie nach ausreichend Bedenkzeit, sich hinsichtlich zukünftiger medizinischer Therapieoptionen festzulegen.

Den Vorgaben des Gesetzes Nr.219 vom 22.12.2017, Art. 5, entsprechend wird diese Vorsorgeplanung (gemeinsame Therapiezielfindung) in der Gesundheitsakte abgelegt. Behandelnde Ärzte/innen sind in jeglicher Behandlungssituation dazu angehalten die hier festgelegten Wünsche des/der Betreuten zu respektieren.

Dieses Dokument kann von der/vom Betreuten jederzeit widerrufen oder abgeändert werden.

Eine Patientenverfügung (PV) ist bereits vorhanden ☐ ja ☐ nein

Vertrauensperson

Für alle Betreuungs- und Therapieentscheidungen (bzw. da ich in der Patientenverfügung keine Vertrauensperson benannt habe / da ich die in der Patientenverfügung festgelegte Vertrauensperson ändern möchte) und zum Zwecke der Umsetzung dieser Vorsorgeplanung bestimme ich folgende Person, damit sie meinen Willen vertreten und mit dem Betreuungsteam sich austauschen kann, sollte ich selbst dazu nicht mehr in der Lage sein:

Vertrauensperson (Name):

Telefon:

Unterschrift:

Weitere An- bzw. Zugehörige (Name):

Telefon

Medizinische Diagnose(n)

Ärztliche Stellungnahme klinische Situation, Entscheidungsfähigkeit, möglicher weiterer Verlauf

Allgemeine Einstellung zum Leben, schwerer Krankheit und Tod:

Wie gerne leben Sie? Welche Bedeutung hat es für Sie, (noch lange) zu leben?

Wie schätzen Sie ihre aktuelle medizinische Situation ein?

Was und zu welchem Preis darf medizinische Behandlung dazu beitragen Ihr Leben zu verlängern? Welche Belastungen und Risiken wären Sie bereit dafür auf sich zu nehmen?

Welche Sorgen und Ängste bewegen Sie, wenn Sie an zukünftige medizinische Behandlungen denken?

Gibt es Umstände, unter denen die Verlängerung des Lebens für Sie kein Behandlungsziel mehr wäre?

Informationen und Wünsche zum Lebensende: Bedürfnisse, guter "letzter Ort", religiöse/spirituelle Überzeugungen, Begräbnis

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.

Sollte es am Lebensende zu anderweitig nicht kontrollierbaren Symptomen kommen, kann, bei Zustimmung, auch eine palliative Sedierung vom Behandlungsteam eingeleitet werden.

Betreute/r (Unterschrift): _____

Datum: _____

Festlegungen bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes

Betreute/r

geb. am

Für den Fall einer **Verschlechterung des Gesundheitszustandes** aufgrund meiner Erkrankung(en) sowie auch für alle unvorhersehbaren **zukünftigen Notfallsituationen** mit Verlust meiner Entscheidungsunfähigkeit,
lege ich, da dies meinem selbstbestimmten Wunsch entspricht, folgendes fest:

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)

Ggf. persönliche Wünsche und Anmerkungen zur palliativmedizinischen Versorgung:

Betreute/r (Unterschrift): _____

Datum: _____

Vertrauensperson (Unterschrift): _____

Arzt (Stempel und Unterschrift):

Vertreter des Betreuungsteams (Name und Unterschrift):

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