

MEINE PATIENTENVERFÜGUNG

Präambel

In Ihrer Patientenverfügung ("Directive Anticipée") können Sie Ihren Willen für Ihr Lebensende niederschreiben. Das Gesetz vom 16. März 2009 über die Palliativpflege, die Patientenverfügung und die Begleitung am Lebensende sieht vor, was in einer Patientenverfügung geregelt werden kann. Es handelt sich hierbei um:

- die Bedingungen der Behandlung
- die Begrenzung der Behandlung
- die Beendigung der Behandlung, einschließlich der Schmerzbehandlung.

Ihre Patientenverfügung tritt erst in Kraft wenn die folgenden zwei Bedingungen zutreffen:

- Sie befinden sich in einer fortgeschrittenen oder der terminalen Phase einer schweren und unheilbaren Erkrankung UND
- Sie sind nicht mehr in der Lage Ihren Willen kundzutun

Solange Sie noch sprechen können, wird Ihre Patientenverfügung nicht in Betracht gezogen.

Bevor Sie dieses Dokument ausfüllen, ist es ratsam, zuerst mit Ihren Nächsten, Ihrer Vertrauensperson und gegebenenfalls Ihrem behandelnden Arzt zu sprechen.

Laut oben genanntem Gesetz, haben Sie Anspruch auf:

- die Linderung der physischen und psychischen Leiden, wie zum Beispiel Schmerz, Atemnot, Unruhe, Angst, Durst, ...
- die Achtung Ihrer Wünsche hinsichtlich der psychologischen und spirituellen Begleitung
- die Unterstützung Ihrer Angehörigen
- die Berücksichtigung der von Ihrer Vertrauensperson vorgebrachten Entscheidungshilfen.

Name und Vorname

.....

Geburtsdatum / Matrikelnummer

.....

Adresse

.....

Postleitzahl / Wohnort

.....

Für den Fall, dass ich mich in einer fortgeschrittenen oder der terminalen Phase einer schweren und unheilbaren Krankheit, unabhängig welcher Ursache, befinde und dass ich nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen auszudrücken, habe ich meine Patientenverfügung verfasst. Sie ist vom behandelnden Arzt zu berücksichtigen.

Ich bin mir bewusst, dass meine Patientenverfügung eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe für meinen Arzt darstellt. Ich wünsche mir, dass alle Entscheidungen die getroffen werden laut Patientenverfügung und gegebenenfalls in Absprache mit meiner Vertrauensperson erfolgen.



omega 90

138, rue Adolphe Fischer
L - 1521 Luxembourg
Tél. : 29 77 89 -1
Fax : 29 85 19
E - mail : info@omega90.lu
www.omega90.lu

MEINE PATIENTENVERFÜGUNG

- (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 Krankheit aufzuhalten.

Dies beinhaltet den speziellen Fall des irreversiblen Komas, das heißt den Fall, wo mein Gehirn schwerwiegend und nachhaltig durch einen Unfall oder durch eine Krankheit beschädigt wurde und einen wahrscheinlich irreversiblen Bewusstseinsverlust zur Folge hätte.

ja nein

- (2)** Zur Linderung der physischen und psychischen Schmerzen stimme ich einer Behandlung meiner physischen und psychischen Leiden zu, die gegebenenfalls als Nebenwirkung mein Lebensende beschleunigen kann.

ja nein

- (3)** Im Einklang mit meiner Entscheidung unter (1) und (2) 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, wenn ich sterbend bin:

- Künstliche Beatmung ja nein
- Künstliche Ernährung ja nein
- Künstliche Flüssigkeitszufuhr (Hydratation) ja nein
- Sämtliche Medikamente, die nicht zu meiner Lebensqualität beitragen ja nein
- Dialyse ja nein
- Behandlung im Krankenhaus ja nein
- Andere ja nein

- (4)** Zusätzliche Anmerkungen:

.....

.....

.....

- (5)** Zur Pflege und zur Begleitung am Lebensende wünsche ich:

- a)** Bezüglich der pflegerischen Begleitung, der körperlichen Pflege und meines Wohlbefindens: (z.B. Mobilisation und Lagerung in Bett/Sessel, Massagen, ätherische Öle, Musik, Lieblingsessen/Getränke, ...)

.....

.....

.....

.....

b) Bezüglich einer Begleitung:

Familie / Angehörige, spirituell / religiös, psychologisch, andere (bitte möglichst genaue Informationen geben)

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

(6) Vertrauensperson

Ich ermächtige hiermit die nachstehende Person

- meinen Willen bezüglich der Behandlungs- und Pflegemaßnahmen auszudrücken und
- in meinem Namen in die vorgeschlagenen Maßnahmen einzuwilligen.

Name und Vorname:..... Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

Tel./Gsm:..... E-Mail:.....

In diesem Sinne erlaube ich den Ärzten und dem Pflegepersonal meiner Vertrauensperson alle notwendigen Informationen weiterzugeben.

Ich, unterzeichnende und oben genannte Vertrauensperson, nehme die mir anvertraute Mission an.

.....

Ort/Datum/Unterschrift der Vertrauensperson

Eine Kopie dieser Patientenverfügung hat erhalten:

1. Meine Vertrauensperson

Name und Vorname:.....

Adresse:.....

Telefon/Gsm:..... E-Mail:.....

2. Andere Person

Name und Vorname:.....

Adresse:.....

Telefon/Gsm:..... E-Mail:.....

3. Behandelnder Arzt / oder Drittperson

Name und Vorname:.....

Adresse:.....

Telefon/Gsm:..... E-Mail:.....

(7) Hiermit versichere ich, dass diese Patientenverfügung ("Directive Anticipée") meinem freien und aufgeklärten Willen entspricht und dass ich diese Verfügung nach reiflicher Überlegung niedergeschrieben habe.

Verfasst in Exemplaren.

....., den
Ort/Datum

.....
Name und Vorname/Unterschrift

Nachdem Sie Ihre Patientenverfügung ausgefüllt, datiert und unterschrieben haben, machen Sie die benötigte Anzahl Kopien:

- das Original behalten Sie für sich, an einem leicht zugänglichen Ort
- eine Kopie geben Sie
 - Ihrer Vertrauensperson
 - Ihrem Hausarzt oder einer Ihnen vertrauten Drittperson
- das beiliegende Kärtchen bewahren Sie in Ihrem Geldbeutel, zusammen mit der CNS-Karte auf.

Falls Sie nicht in der Lage sind, dieses Dokument selbst zu schreiben / unterschreiben, besteht die Möglichkeit, eine Person Ihrer Wahl zu beauftragen, Ihre mündlich geäußerten Verfügungen schriftlich festzuhalten und zu unterschreiben. Eine zweite Person gegenzeichnet das Dokument, um zu bestätigen, dass es sich um Ihren freien und aufgeklärten Willen handelt.

Wir, Unterzeichnenden, Zeugen gemäß Artikel 5 (2) des Gesetzes vom 16. März 2009 bezüglich der Palliativpflege, bestätigen hiermit, dass dieses Dokument der Ausdruck des freien und aufgeklärten Willens von Herrn/Frau..... ist, welcher (m) es nicht möglich ist, ihre (seine) Patientenverfügung selbst niederzuschreiben.

Name/Vorname:.....

Name/Vorname:.....

Verhältnis:.....

Verhältnis:.....

Datum/Unterschrift:.....

Datum/Unterschrift:.....

Erneuerung (alle 3–5 Jahre): Durch meine Unterschrift bestätige ich meine Patientenverfügung:

.....

1. Ort/Datum/Unterschrift

.....

2. Ort/Datum/Unterschrift

.....

3. Ort/Datum/Unterschrift

.....

4. Ort/Datum/Unterschrift

Für jede zusätzliche Information und Beratung wenden Sie sich bitte an Omega 90 asbl:

E-Mail: info@omega90.lu

Tel: 29 77 89 - 1

www.omega90.lu

Zweite Auflage 2013

Verantwortlicher Herausgeber: Omega 90 asbl
136-138, rue Adolphe Fischer / L-1521 Luxembourg
BP 1232 / L-1012 Luxembourg

Wünsche im Zusammenhang mit meinem Körper nach meinem Tod.

Beim Schreiben meiner Patientenverfügung habe ich mir auch Gedanken zu verschiedenen anderen, mir wichtigen Punkten gemacht. Es ist mir bewusst, dass diese zusätzlichen Wünsche nicht unter die Bestimmungen des Gesetzes über Palliativpflege, Patientenverfügung und Begleitung am Lebensende vom 16. März 2009 fallen.

Ich schreibe das Folgende in der Hoffnung, dass meine Angehörigen meine letzten Wünsche respektieren mögen.

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:

- begraben werden
- eingäschert werden
- meine Asche soll

Andere Wünsche im Zusammenhang mit meinem Begräbnis/ Bestattung:

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

Ort, denName und Vorname/ Unterschrift

VERTRAUENSPERSON

Name & Vorname
Adresse
Tel. E-mail

BEHANDELNDER ARZT

Name & Vorname
Adresse
Tel. E-mail

Die beigefügte Karte bitte ausfüllen und abtrennen.

Falls Sie bei der Klinikaufnahme nicht mehr in der Lage sein sollten, Ihre Patientenverfügung beim Arzt oder Pflegepersonal abzugeben, können anhand dieser Karte die von Ihnen benannten Personen benachrichtigt werden, damit sie dem Arzt oder Pflegepersonal eine Kopie Ihrer Patientenverfügung ("Directive Anticipée") zukommen lassen.

Die beigefügte Karte bitte ausfüllen und abtrennen.

Falls Sie bei der Klinikaufnahme nicht mehr in der Lage sein sollten, Ihre Patientenverfügung beim Arzt oder Pflegepersonal abzugeben, können anhand dieser Karte die von Ihnen benannten Personen benachrichtigt werden, damit sie dem Arzt oder Pflegepersonal eine Kopie Ihrer Patientenverfügung ("Directive Anticipée") zukommen lassen.

Fragen und Antworten zur Palliativpflege / Palliative Care

1. Was ist Palliativpflege ?

"Palliativpflege" ist die Behandlung und die Pflege von schwer und unheilbar kranken Menschen, um körperliches und seelisches Leiden zu lindern sowie Schmerzen und belastende Symptome zu kontrollieren. Palliativpflege setzt sich zum Ziel die Lebensqualität zu erhalten und zu fördern, auch wenn die Krankheit selbst nicht mehr geheilt werden kann.

2. Was sind die Besonderheiten der Palliativpflege ?

Palliativpflege steht für die ganzheitliche Betreuung des kranken Menschen und berücksichtigt seine Bedürfnisse auf körperlicher, psychischer, spiritueller und sozialer Ebene. Um dies zu gewährleisten, arbeiten die verschiedenen Gesundheitsberufe wie Ärzte, Krankenpfleger, Physiotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter und andere eng zusammen, wobei der Wille des kranken Menschen in allen Entscheidungen der Behandlung berücksichtigt wird. Die Angehörigen können während der Erkrankung in die Betreuung eingebunden und bis nach dem Tod des Menschen begleitet werden.

3. Wo wird Palliativpflege angeboten ?

Palliativpflege wird zuhause, in Krankenhäusern, im Haus Omega (spezialisierte Einrichtung für Palliativpflege) und in Pflegeeinrichtungen für alte Menschen angeboten.

Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an Ihre(n) Arzt(in) oder Ihre(n) Krankenpfleger(in).

4. Wer hat Anspruch auf Palliativpflege ?

Jede Person, die sich in einem fortgeschrittenen oder im Endstadium einer schweren und unheilbaren Erkrankung befindet, gleich welcher Ursache, hat einen gesetzlichen Anspruch auf Palliativpflege.

5. Wer übernimmt die Kosten für Palliativpflege ?

Die Kosten für die Palliativpflege werden, auf Antrag des behandelnden Arztes, von der Gesundheitskasse CNS übernommen ("carnet de soins" de la personne soignée en fin de vie).

6. Wussten Sie ?

... dass Sie einen gesetzlichen Anspruch auf einen "Urlaub zur Begleitung eines Menschen am Lebensende" haben, um einen nahen Angehörigen am Ende des Lebens zu begleiten ?

Sie haben Recht auf 5 Urlaubstage (maximal 40 Stunden) pro Jahr und pro Person am Lebensende, welche nach den Bedürfnissen der Angehörigen aufgeteilt werden können.

Die Formulare zur Beantragung des Begleiturlaubs finden Sie unter: www.cns.lu
Tel. 27 57-1

Zusätzliche Informationen finden Sie:

- Ratgeber für Palliativpflege www.sante.lu
- www.omega90.lu
- (telefonische) Beratung: Omega 90 asbl, 29 77 89-1



omega 90

138, rue Adolphe Fischer
L - 1521 Luxembourg
Tél. : 29 77 89 -1
Fax : 29 85 19
E-mail : info@omega90.lu
www.omega90.lu

MEINE PATIENTENVERFÜGUNG

Name & Vorname

Adresse

omega 90 

Tel.

E-mail

138, rue Adolphe Fischer
L-1521 Luxembourg
Tél.: 29 77 89 -1
Fax: 29 85 19
E-mail: info@omega90.lu
www.omega90.lu