

Patientenwille für eine Notfallsituation

Dokumentation des Vertreters

Patient: Name Vorname Geburtsdatum

Adresse:

Vertreter: Name Vorname

Adresse: Telefon

Behandelnder Arzt: Name Vorname

Adresse: Telefon

Bei dem Betreuten liegen folgende Erkrankungen und gesundheitliche Einschränkungen vor :

Bei akuter Verschlechterung des Gesundheitszustandes lege ich folgendes Vorgehen für die Versorgung der o.g. Person fest:

- | | | |
|--|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wiederbelebung | <u>keine</u> Wiederbelebung | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> künstliche Beatmung | <u>keine</u> künstliche Beatmung | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Verlegung ins Krankenhaus | <u>keine</u> Verlegung, wenn Versorgung gesichert | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> künstliche Ernährung | <u>keine</u> künstliche Ernährung | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> palliative Versorgung und konsequente Linderung der Beschwerden | <u>lehne ich ab</u> | <input type="checkbox"/> |

Weitere persönliche Wünsche bzw. Einschränkungen der Versorgung und Behandlung:

Dies angekreuzten Maßnahmen entsprechen nach unserer Überzeugung dem Willen der betroffenen Person. Wir dokumentieren dies für den Fall, dass wir nicht direkt erreichbar sind.

Datum, Stempel und Unterschrift
des aufklärenden Arztes

Datum und Unterschrift
des Vertreters

Erläuterungen zur Dokumentation des Patientenwillens für eine Notfallsituation

Sehr häufig kommt es vor, dass medizinische Notfallsituationen bei selbst nicht mehr entscheidungsfähigen Personen am Wochenende oder in der Nacht auftreten. Oft sind dann der behandelnde Arzt und/oder der Vertreter des Betroffenen (Betreuer/Bevollmächtigter) nicht erreichbar oder es bleibt keine Zeit, diese zu kontaktieren. Mit umseitigem Formular haben diese die Möglichkeit, für diese Situation den Willen des Betroffenen schriftlich zu dokumentieren.

Sofern der Betroffene nicht selbst eine ausführliche und eindeutige Patientenverfügung verfasst hat, ist es die Aufgabe des Betreuers/Bevollmächtigten die geäußerten Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betroffenen festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden (§1827 Abs. 2 Satz 1 BGB).

Warum sollten dann Vertreter und Arzt gemeinsam das Einvernehmen über den Willen des Betroffenen dokumentieren?

Wenn zwischen dem behandelnden Arzt und dem Vertreter Einvernehmen besteht, dass das gewählte Vorgehen dem gemäß § 1827 BGB festgelegten Willen des Betroffenen entspricht, dürfen eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff unterlassen werden. Eine solche Entscheidung ist rechtsverbindlich, selbst wenn die Behandlung oder der Eingriff medizinisch angezeigt sind und die begründete Gefahr besteht, dass der Betroffene aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs verstirbt. Sie bedarf keiner gerichtlichen Genehmigung (§1829 Abs 4 BGB).

Das umseitige Formular soll dazu dienen, dass für eine Notfallsituation behandelnder Arzt und Vertreter des Betroffenen gemeinsam dokumentieren, was nach ihrer Überzeugung dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht. Die Unterschriften dokumentieren die ausführliche Aufklärung des Vertreters über die Konsequenzen der getroffenen Entscheidungen beim individuellen Patienten.

Das Formular soll der raschen Information aller Beteiligten und der Klärung des Vorgehens im Bereitschaftsdienst oder bei einem Notarzteinsatz dienen. Deshalb muss es in jeder Situation einfach auffindbar sein. Die Verwahrung bei den Ausweispapieren, in der Nähe des Telefons, am Bett oder beim aktuellen Verlaufsbogen in Senioreneinrichtungen ist dringend zu empfehlen.