SKM

Katholischer Verein für soziale Dienste

# Patienten-Verfügung in „Leichter Sprache“

Formular zum Ausfüllen

**Eine Information**
**Ihres Betreuungsvereins**
**SKM Freiburg**

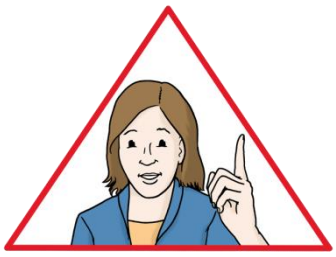
# Patienten-Verfügung

**Ein Formular in Leichter Sprache**

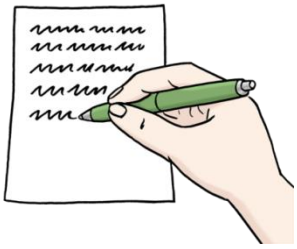
In diesem Text geht es um ein schweres Thema.
Das Thema ist:

- Was soll mit mir passieren,
  wenn ich unheilbar krank bin?
  Oder wenn ich im Sterben liege?
- Wie sollen die Ärzte mich behandeln,
  wenn ich keine Entscheidungen mehr treffen kann?

Es gibt wichtige Dinge zum Thema
Gesundheit und Tod.
Niemand denkt gerne über den Tod nach.
Aber manchmal muss man sich
trotzdem Gedanken darüber machen.
Auch wenn man noch jung ist.
Man muss vorher Entscheidungen treffen.
Damit die anderen wissen,
was man möchte.
Denn niemand weiß wie lange das Leben
wirklich dauert.



In einer Patienten-Verfügung können Sie
aufschreiben,
was Ihnen wichtig ist.
Damit andere Menschen erfahren können,
was Sie gern möchten.



Bitte machen Sie bei Ja oder Nein ein Kreuz.

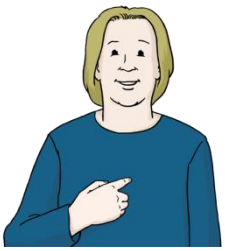
| **Diese Dinge sind mir im Leben wichtig.** | | |
|---|---|---|
| Mit anderen Menschen zusammen sein. | | ☐ Ja ☐ Nein |
| Zu Hause wohnen. | | ☐ Ja ☐ Nein |
| Spazieren gehen | | ☐ Ja ☐ Nein |
| Telefonieren | | ☐ Ja ☐ Nein |
| Essen<br>Das esse ich am liebsten:<br>_____ | | ☐ Ja ☐ Nein |
| In die Kirche gehen | | ☐ Ja ☐ Nein |
| Beten | | ☐ Ja ☐ Nein |

**Hier können Sie selbst noch aufschreiben,**

**was Ihnen wichtig ist.**

**Schreiben Sie die Informationen in die Kästchen mit dem Stift.**

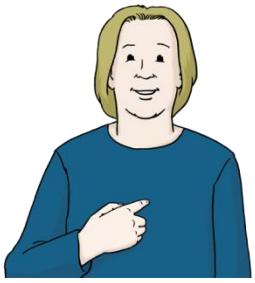
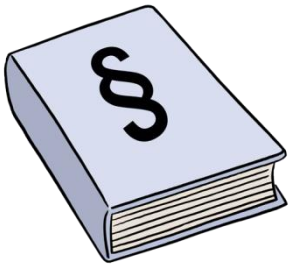
| | |
|---|---|
| Das mag ich gerne: | |
| Das mag ich nicht gerne: | |
| Das macht mir Angst: | |

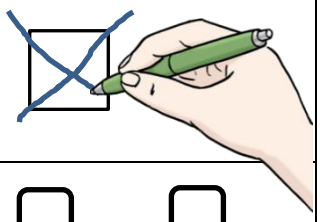
| | |
|---|---|
| Eine Patienten-Verfügung können Sie<br>frei-willig machen.<br>**Das bedeutet:**<br>Niemand darf Sie dazu zwingen. |  |
| **Aber:**<br>Wenn Sie eine Patienten-Verfügung<br>geschrieben haben,<br>dann muss sich jeder daran halten.<br>Denn nur Sie bestimmen selbst,<br>was mit Ihnen passieren soll.<br>Auch Ihre Familie und Freunde<br>dürfen nicht über Sie bestimmen. | |

| | |
|---|---|
| Eine Patienten-Verfügung gilt nur so lange wie Sie wollen.<br>Sie können Ihre Patienten-Verfügung immer wieder verändern. | |
| Sie müssen die Patienten-Verfügung nicht allein ausfüllen.<br>Sie können eine Vertrauens-Person um Hilfe bitten.<br>**Das kann zum Beispiel sein:**<br>• Ein Arzt<br>• Ein Mitarbeiter von der Sozial-Station<br>• Ihr gesetzlicher Betreuer<br>• Freunde und Familie<br>Die Betreuungs-Vereine helfen Ihnen auch gern weiter. | |

**Diese Patienten-Verfügung ist von:**

| | |
|---|---|
| Ihr Nachname | |
| Ihr Vorname | |
| Wann sind Sie geboren | |
| Ihre Straße | |
| Ihre Haus-Nummer | |
| Ihre Post-Leitzahl | |
| Ihr Wohn-Ort | |

| | |
|---|---|
| **Meine Patienten-Verfügung soll gelten:**<br>• Wenn ich nicht mehr über meinen eigenen Willen nachdenken kann.<br>• Wenn ich meinen Willen nicht mehr mitteilen kann. |  |
| Meine Wünsche aus der Patienten-Verfügung sollen befolgt werden.<br>So steht es im Gesetz.<br>Mein Bevollmächtigter oder Betreuer soll mir dabei helfen.<br>Wenn ich dabei sterbe,<br>dann ist das keine Sterbe-Hilfe. |  |

| **1. Für diese Situationen soll meine Patienten-Verfügung gelten:** | |
|---|---|
| Sie können ankreuzen, für welche Situation die Patienten-Verfügung gelten soll.<br>Bitte machen Sie bei Ja oder Nein ein Kreuz. |  |
| Wenn sicher ist, dass ich bald sterben werde. | ☐ Ja ☐ Nein |
| Wenn ich eine Krankheit habe,<br>an der ich sterben werde.<br>Wenn man diese Krankheit nicht heilen kann. | ☐ Ja ☐ Nein |

| | |
|---|---|
| Wenn mein Gehirn für längere Zeit<br>nicht mehr arbeitet.<br>Das kann wegen einem Unfall sein.<br>Oder wegen einer Krankheit.<br>Ich kann dann nicht mehr leben wie bisher.<br>Vielleicht kann ich nicht mehr<br>mit anderen Menschen sprechen.<br>Vielleicht bin ich bewusst-los.<br>Es gibt auch die Möglichkeit,<br>dass ich wieder aufwache.<br><br>Das passiert aber nur sehr selten. | ☐ Ja ☐ Nein |
| Wenn ich in einer Situation bin,<br>die nur so ähnlich ist wie es hier steht.<br>Dann sollen die Ärztinnen und Ärzte entscheiden,<br><br>zu welcher Situation es am besten passt. | ☐ Ja ☐ Nein |

☐ Hier können Sie selbst noch eine Situation aufschreiben:

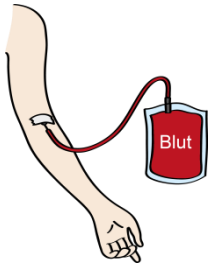
_____

_____

_____

_____

| **2. Das soll mit mir passieren, wenn ich in so einer Situation bin:** | | |
|---|---|---|
| Bitte machen Sie bei Ja oder Nein ein Kreuz. | | |
| Mein Körper soll gepflegt werden.<br>Zum Beispiel die Mund-Pflege.<br>Dadurch leide ich weniger. | | ☐ Ja ☐ Nein |
| Ich möchte Medikamente bekommen, damit ich nicht leide.<br>**Zum Beispiel:**<br>Medikamente gegen Schmerzen und Angst.<br>Ich weiß, dass mein Leben dadurch noch kürzer werden kann. | | ☐ Ja ☐ Nein |
| Ich möchte **lebens-erhaltende Maßnahmen** bekommen.<br>Das sind Maßnahmen von den Ärztinnen und Ärzten, die mich am Leben halten können.<br>**Zum Beispiel:**<br>Wenn ich nicht mehr von allein atmen kann, werde ich an ein Beatmungs-Gerät angeschlossen.<br>Dann hilft mir das Gerät beim Atmen.<br>Lebens-erhaltende Maßnahmen können mich aber nicht wieder gesund machen.<br>Sie verlängern mein Leben.<br>Aber dadurch leide ich vielleicht auch länger. | | ☐ Ja ☐ Nein |

| | | |
|---|---|---|
| Wenn ich nicht mehr alleine essen kann,<br>möchte ich künstliche Ernährung<br>bekommen:<br>• Über eine Sonde durch die Nase<br>• Über eine Nadel in den Arm<br>• Über einen Schlauch in den Bauch. | | ☐ Ja ☐ Nein |
| Wenn ich nicht mehr alleine trinken kann,<br>möchte ich Flüssigkeit bekommen.<br>Nur wenn ich dann weniger leiden muss. | | ☐ Ja ☐ Nein |
| Ich möchte Blut-Transfusionen bekommen.<br>Wenn ich zu wenig Blut im Körper habe.<br>Wegen einer Verletzung oder Operation.<br>Dann bekomme ich Blut<br>durch eine Nadel im Arm.<br>Das Blut hat ein anderer Mensch<br>gespendet. |  | ☐ Ja ☐ Nein |
| Ich möchte **Dialyse** bekommen,<br>wenn die Nieren nicht mehr funktionieren.<br>Die Nieren reinigen das Blut im Körper.<br>Die giftigen Stoffe kommen in den Urin.<br>Die Dialyse kann die Arbeit von den Nieren<br>übernehmen.<br>Man muss mehrmals in der Woche<br>zur Dialyse.<br>Man darf nur noch wenig trinken.<br>Und man darf keinen Alkohol trinken.<br>Man fühlt sich schlapp und nicht mehr fit. | <br> | ☐ Ja ☐ Nein |

## 3. Wenn ich im Sterben liege, möchte ich nicht allein sein. Ich möchte, dass jemand bei mir ist.

Bitte kreuzen Sie an, was Sie sich wünschen:

- Ich möchte begleitet werden von:

  _____

  _____

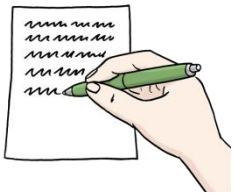
- Ich möchte von einer Seel-Sorge begleitet werden.
- Ich möchte vom Hospiz-Dienst begleitet werden.
- Ich möchte so lange wie es geht zu Hause bleiben.

## 4. Diese Vorsorge habe ich schon gemacht

**Die Vorsorge-Vollmacht**

Eine Vorsorge-Vollmacht ist ein Formular.
In das Formular können Sie schreiben:
Welche Person Dinge für Sie regeln darf,
wenn Sie es selbst nicht mehr können.

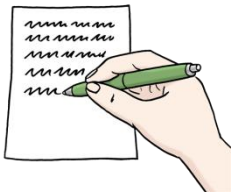
Bitte kreuzen Sie Ja oder Nein an:
Ich habe eine Vorsorge-Vollmacht
geschrieben.



☐ Ja ☐ Nein

**Für diese Person ist meine Vorsorge-Vollmacht:**

| | |
|---|---|
| Nachname | |
| Vorname | |
| Geburts-Datum | |
| Straße | |
| Haus-Nummer | |
| Post-Leitzahl | |
| Wohn-Ort | |
| Telefon-Nummer | |

| | | |
|---|---|---|
| **Die Betreuungs-Verfügung**<br><br>Wenn Sie keine Vorsorge-Vollmacht machen, können Sie eine Betreuungs-Verfügung machen.<br>Das ist ein Formular.<br>In das Formular können Sie schreiben, wen Sie sich als Betreuer wünschen. | | |
| Bitte kreuzen Sie Ja oder Nein an:<br>Ich habe eine Betreuungs-Verfügung geschrieben. |  | ☐ Ja ☐ Nein |
| Ich habe einen rechtlichen Betreuer. | | ☐ Ja ☐ Nein |

**Der Organspende-Ausweis**

Organe können sehr krank werden.
Dann funktionieren sie nicht mehr richtig.
Das ist gefährlich.
Daran kann man sterben.
Ärzte können dann eine Operation machen.
Das kranke Organ kann bei einer Operation ausgetauscht werden.
Mit einem gesunden Organ.

Das gesunde Organ kommt von einer anderen Person.
Die Person hat das gesunde Organ gespendet.
Die Person hat einen **Organspende-Ausweis**.

In dem Ausweis steht:
Wenn ich sterbe und meine Organe noch gesund sind,
möchte ich meine Organe spenden.

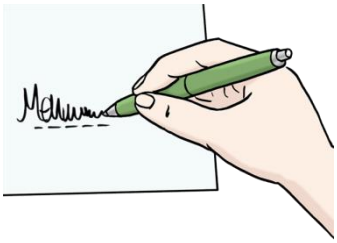
Bitte kreuzen Sie Ja oder Nein an:
Ich habe einen Organspende-Ausweis.

☐ Ja ☐ Nein

| | | |
|---|---|---|
| Wenn eine Person im Sterben liegt,<br>können die Organe kaputt gehen.<br>Dann können sie nach dem Tod der<br>Person nicht mehr gespendet werden.<br>Die Ärzte können das Organ<br>aber gesund halten.<br>Durch lebens-erhaltende Maßnahmen.<br>Wie zum Beispiel künstliche Beatmung.<br>Wenn Sie aber in Ihrer<br>Patienten-Verfügung sagen:<br>Ich möchte keine lebens-erhaltenden<br>Maßnahmen.<br>Dann überlegen Sie sich bitte: | | |
| Ich möchte lebens-erhaltende<br>Maßnahmen bekommen,<br>wenn das gut für meine Organe ist.<br>Und wenn meine Organe danach<br>noch an eine kranke Person<br>gespendet werden können. | | ☐ Ja ☐ Nein |

## 5. Unterschreiben

Ich habe die Patienten-Verfügung verstanden.
Alles, was ich angekreuzt habe,
habe ich verstanden.
Ich kann meine Meinung über die
Patienten-Verfügung zu jeder Zeit ändern.
Dann werfe ich die
alte Patienten-Verfügung weg.



| | |
|---|---|
| Ort | |
| Das Datum von heute: | |
| Meine Unterschrift | |

## 6. Mein Arzt oder meine Ärztin

| | |
|---|---|
| Nachname | |
| Vorname | |
| Straße | |
| Haus-Nummer | |
| Post-Leitzahl | |
| Wohn-Ort | |
| Telefon-Nummer | |
| E-Mail-Adresse | |

## 7. Beratung bei der Patienten-Verfügung

Ich habe mich bei meiner Patienten-Verfügung beraten lassen.
Diese Person hat mich beraten:

| | |
|---|---|
| Nachname | |
| Vorname | |
| Straße | |
| Haus-Nummer | |
| Post-Leitzahl | |
| Wohn-Ort | |
| Telefon-Nummer | |
| Das Datum von heute: | |
| Unterschrift der Person: | |

## 8. Diese Personen dürfen nach ihrer Meinung gefragt werden.

Was soll mit mir passieren, wenn ich meinen Willen nicht mehr mitteilen kann?
Der Arzt oder die Ärztin muss sich entscheiden, was mit mir passieren soll.
Für die Entscheidung nimmt der Arzt oder die Ärztin die Informationen aus dieser Patienten-Verfügung.
Der Arzt oder die Ärztin darf auch andere Personen nach ihrer Meinung fragen, was mit mir passieren soll.

| Diese Personen dürfen gefragt werden: | |
|---|---|
| Nachname | |
| Vorname | |
| Straße | |
| Haus-Nummer | |
| Post-Leitzahl | |
| Wohn-Ort | |

| | |
|---|---|
| Nachname | |
| Vorname | |
| Straße | |
| Haus-Nummer | |
| Post-Leitzahl | |
| Wohn-Ort | |

| **9. Diese Personen dürfen nicht nach ihrer Meinung gefragt werden.** | |
|---|---|
| Nachname | |
| Vorname | |
| Straße | |
| Haus-Nummer | |
| Post-Leitzahl | |
| Wohn-Ort | |

| | |
|---|---|
| Nachname | |
| Vorname | |
| Straße | |
| Haus-Nummer | |
| Post-Leitzahl | |
| Wohn-Ort | |

## 10. Informationen über diesen Text

Der Text in Leichter Sprache ist vom:
Büro für Leichte Sprache im CJD Erfurt.
www.büro-für-leichte-sprache.de

Die Bilder sind von:

- Katharina Magerl
  vom Büro für Leichte Sprache im CJD Erfurt
- © Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Bremen e.V., Illustrator Stefan Albers, Atelier Fleetinsel, 2013

Der Text wurde auf Leichte Sprache geprüft von:

Die Prüfer vom Büro für Leichte Sprache im CJD Erfurt

**Herausgeber: SKM-Katholischer Verein für soziale Dienste in der Stadt Freiburg e.V.**

Überarbeitung und Druck 07/2024

SKM Freiburg