

HINWEIS:

Unabhängig von Ihren nachfolgend angekreuzten Werten und Wünschen ist in jedem Fall gewährleistet, dass Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommt. Die Ärzte und Pflegenden des Hauses werden Ihre Entscheidungen respektieren, auch wenn sie für sich selbst anders entscheiden würden.

Bitte kreuzen Sie die Werte und Wünsche an, die für Sie eine besondere Bedeutung haben:

- Ich möchte solange leben wie möglich; auch Leiden und Beschwerden ertrage ich, solange ich nur leben kann.
- Ein langes Leben wünsche ich mir nur bei guter Lebensqualität; Leiden und Beschwerden ertrage ich nicht gern; ich bin auch nicht gern von anderen abhängig.
- Gute Lebensqualität bedeutet für mich: _____

- Ich wünsche auf alle Fälle, dass man mir meine Schmerzen nimmt und darüber hinaus auch Unruhe, Angst, Atemnot und Unwohlsein optimal behandelt.
- Bei starken Schmerzen und anderen Leiden (z. B. Angst, Unwohlsein, Übelkeit, Erbrechen, Schlaflosigkeit, Verstopfung) bitte ich um wirksame Behandlung, auch wenn sich dadurch mein Bewusstsein trübt und eventuell auch mein Allgemeinzustand verschlechtern sollte.
- Wenn ich an einer unheilbaren und sehr belastenden Krankheit leide, dann wünsche ich, dass man den natürlichen Verlauf der Krankheit respektiert und nicht alles noch Mögliche tut, den Leidensprozess zu verlängern; in jedem Fall wünsche ich aber eine sehr gute und wirksame Schmerztherapie.
- Wenn bei meiner Krankheit keine Besserung in Sicht ist und ich krankheitsbedingt so stark verwirrt bin, dass ich Familie und Freunde nicht mehr erkenne oder mich nicht mehr äußern kann, dann bitte ich nur noch um eine Behandlung von Schmerzen und anderen Leiden sowie um eine gute menschliche und pflegerische Betreuung.
- Ich möchte immer genau wissen, wie es um mich steht; auch sehr schlechte Nachrichten sind mir lieber als die Ungewissheit.
- Ich bitte, auf meine Ängste und Schwächen Rücksicht zu nehmen und mich nicht über alles Negative oder über die Unheilbarkeit der Krankheit aufzuklären, wohl aber den Personen meines Vertrauens alles genau und wahrheitsgemäß zu sagen und mit ihnen zu beraten.
- Wenn ich unheilbar krank bin und keinen Hunger und Durst habe, dann möchte ich auch nicht lebensverlängernd künstlich ernährt oder mit Flüssigkeit versorgt werden; dann soll man der Krankheit ihren Lauf lassen und nur Schmerzen und Leiden behandeln.
- Ich stehe der Organspende positiv gegenüber.
- Ich bitte, alle Maßnahmen mit der Person meines Vertrauens zu beraten.
- Neben den vorgenannten Werten und Wünschen ist mir folgendes wichtig: _____

WICHTIG: Wenn ein Punkt auf keinen Fall für Sie zutrifft, dann streichen Sie diesen Punkt bitte durch.

Ärztliche und pflegerische Verantwortung in Orientierung am

PATIENTENWILLEN



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir heißen Sie willkommen im Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum und versichern Ihnen, dass wir Sie, wie es unser ärztlicher und pflegerischer Auftrag ist, nach anerkannten Qualitätsstandards behandeln, so dass Sie hoffentlich bald wieder in Ihre vertraute Umgebung zurückkehren können. Wir werden Ihnen die einzelnen Untersuchungen und Behandlungen erklären und Sie um Zustimmung bitten, denn ohne Ihre Zustimmung dürfen wir Sie nicht untersuchen oder behandeln. Bitte fragen Sie uns, wenn Sie etwas nicht verstehen oder weitere Informationen benötigen.

Wir sind an die ärztliche Schweigepflicht gebunden und dürfen ohne Ihr Einverständnis Dritten gegenüber – auch gegenüber Familienangehörigen – nicht über Ihre Krankheit und die Behandlung sprechen. In einigen Fällen kann aber die gemeinsame Entscheidung über eine Untersuchung oder Behandlung leichter fallen, wenn wir eine Person Ihres Vertrauens einbeziehen können. Das wäre vor allem wichtig, wenn Sie selbst durch Ihre Erkrankung oder die Behandlung Schwierigkeiten haben, mit den behandelnden Ärzten zu sprechen und mit ihnen gemeinsam zu entscheiden. Lassen Sie uns daher wissen, mit wem wir uns, stellvertretend für Sie oder auch gemeinsam mit Ihnen, beraten dürfen; lassen Sie uns auch wissen, wen Sie mit solchen Gesprächen nicht belasten möchten.

Sie finden hier ein Formular, auf dem Sie uns die Person (oder Personen) Ihres Vertrauens als Ansprechpartner und Bevollmächtigte benennen können. Wir haben auf der Rückseite des Formulars einige Textbausteine formuliert, von denen Sie diejenigen auswählen und ankreuzen können, die Ihrem Wert- und Wunschbild besonders entsprechen. Wenn Sie uns und die Personen Ihres Vertrauens auf die von Ihnen ausgewählten Bausteine hinweisen, können wir uns bei Entscheidungen daran in Ihrem ganz persönlichen Interesse orientieren.

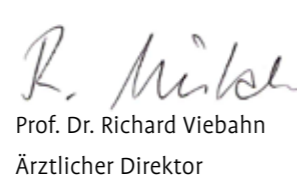
Natürlich sind alle Mitarbeiter gerne bereit, Sie beim Ausfüllen und Abwägen zu beraten.

Bei besonderen Fragen stehen Ihnen auch die Mitglieder des klinischen Ethikrats zur Verfügung. Den Kontakt kann die Stationsleitung auch kurzfristig für Sie herstellen.

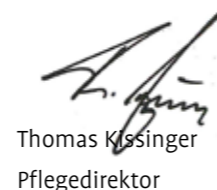
Bochum, September 2016



Hans-Peter Jochum
Geschäftsführer



Prof. Dr. Richard Viebahn
Ärztlicher Direktor



Thomas Kissinger
Pflegedirektor

Prof. Dr. Michael Adamzik
Sprecher Klinisches Ethikrats

Annette Peter
Stv. Sprecherin Klinisches Ethikrats

Persönliche Patientenverfügung von

Vor- und Nachname _____, geb. am _____
Straße _____, PLZ _____, Ort _____
Tel., Fax _____, E-Mail _____

Ich bitte um ärztliche und pflegerische Behandlung und Hilfe unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten zur Heilung oder Linderung meiner Beschwerden, solange wie Aussicht auf Heilung oder Linderung besteht.

Ich bitte die mich behandelnden Ärzte, mich über alle medizinischen Maßnahmen zu informieren und jeweils meine Zustimmung dazu einzuholen. Sollte ich jedoch wegen meiner Krankheit oder wegen Komplikationen bei der Behandlung zeitweise oder länger nicht zustimmen oder ablehnen können, dann bevollmächtige ich hiermit

Vor- und Nachname _____, geb. am _____
Straße _____, PLZ _____, Ort _____
Tel., Fax _____, E-Mail _____

stellvertretend für mich und in Orientierung an meinen persönlichen Werten und Wünschen für mich zu sprechen, Behandlungen zuzustimmen oder abzulehnen. Insofern entbinde ich die Ärzte und das Pflegepersonal auch von der Schweigepflicht gegenüber dieser(n) Person(en).

Ersatzweise benenne ich als Bevollmächtigte in Gesundheitsangelegenheiten:

Vor- und Nachname _____, geb. am _____
Straße _____, PLZ _____, Ort _____
Tel., Fax _____, E-Mail _____

Ich bitte - auch im Ausnahmefall - Vor- und Nachname _____
nicht (!) mit solchen stellvertretenden Informationen und Verantwortungen zu belasten.

Ich habe die auf der nächsten Seite aufgeführten Bausteine für die Formulierung einer individuellen Einstellung zu Werten und Wünschen von Gesundheit, Krankheit, Behandlung und Akzeptanz natürlicher Krankheitsgeschehen gelesen. Diese drücken mehr als andere meine Werte, Wünsche und Hoffnungen aus.

Ich bitte dringend, dass sich alle, die für mich Entscheidungen fällen müssen, an dieser sehr persönlichen Auswahl als Ausdruck meines Patientenwillens orientieren und danke ihnen dafür.

Ich kann diese Erklärung jederzeit widerrufen und werde das auch tun, wenn sich meine Werte und Wünsche geändert haben sollten oder wenn ich eine andere Vertrauensperson benennen möchte.

Ort, Datum, Unterschrift

Sofern Sie weiteres Informationsmaterial über Patienteninformationen wünschen, finden Sie dieses in der Broschüre der Professoren Rita Kielstein und Hans-Martin Sass „Die persönliche Patientenverfügung. Ein Arbeitsbuch“, Lit-Verlag Münster, die über den Buchhandel oder beim Zentrum für medizinische Ethik, Ruhr-Universität Bochum, Universitätsstr. 150, 44780 Bochum, bezogen werden kann.