

Patientenverfügung

Mit Informationen und Hinweisen zur Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.

Seite 2: Informationen zum Betreuungsrecht

Seite 3: Informationen zur Patientenverfügung

Seite 4-13: Die Patientenverfügung

**Seite 14-15: Ansprechpartner, Medikamente und
Vorerkrankungen.**

Seite 16: Öffnungszeiten des Stadtseniorenrates

Informationen des Stadt senioren rates Singen zum Betreuungsrecht.

1. Der SSR gibt keine rechtliche Beratung, er informiert nur.
2. Die Vorsorgevollmacht ist sofort gültig. Sobald der Bevollmächtigte das unterschriebene Original in den Händen hält, kann er alles ihm erlaubte sofort umsetzen. Die Betreuungsverfügung wird erst bei Bedarf vom Amtsgericht bestätigt.
3. Wofür brauche ich bei der Vorsorgevollmacht noch die Betreuungsverfügung? Um auf Gesetzesänderungen vorab reagiert zu haben und alles in einer Hand zu belassen.
4. Es ist sinnvoll, dass Vollmachtgeber und Vollmachtnehmer gemeinsam die Vorsorgevollmacht erstellen.
5. Bankvollmachten müssen direkt bei den Sparkassen und Bankinstituten erteilt werden.
6. ***Eine ausführliche Beratung und Beglaubigung vom Versorgungsamt Radolfzell sollte unbedingt erfolgen. Bitte vorher anmelden unter Tel. 07531/8002663, 78315 Radolfzell, Scheffelstr. 15.***
7. Ein Eintrag in das Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer ist sehr sinnvoll.
Telefon: (0800) 35 50 500 (gebührenfrei)
Telefax: (030) 38 38 66 77
E-Mail: info@vorsorgeregister.de
Internet: www.vorsorgeregister.de
8. Der Vollmachtnehmer sollte einfach an alle Unterlagen, Formulare, Konten, Passwörter, Emailadressen..., um die er sich kümmern soll, herankommen, am besten man sieht das mal gemeinsam durch.

Informationen des Stadt seniorenrates Singen zur Patientenverfügung

1. Die Patientenverfügung ist mit ihrer Unterschrift gültig, es wird keine Beglaubigung verlangt.
2. Es kann sinnvoll sein mit dem Arzt ihres Vertrauens darüber zu sprechen. Im Seniorenbüro der Stadt bekommen sie zudem kostenlose kompetente Beratung, bitte telefonisch Termin vereinbaren. Tel. Frau Glocker 07731 85540.
3. Wenn sie einen Internetanschluss besitzen und sich mit Word auskennen, können sie sich die Textbausteine des BMJV unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/patientenverfuegung.html> herunterladen und bearbeiten.
Für alle Anderen haben wir ankreuzbare Vorlagen aus den Textbaubausteinen des Bundes erstellt, die sie bei uns erhalten können.
4. Alle Broschüren können sie auch kostenlos beim Bund bestellen.
Internet: www.bmjv.de
per Post: Publikationsversand der Bundesregierung;
Postfach 48 10 09; 18132 Rostock
Telefon: (030) 18 272 272 1 Fax: (030) 18 10 272 272 1
5. Auch für die Patientenverfügung ist ein Eintrag in das Zentrale Vorsorgeregister sinnvoll.
Telefon: (0 800) 35 50 500 (gebührenfrei)
Telefax: (0 30) 38 38 66 77
E-Mail: info@vorsorgeregister.de
Internet: www.vorsorgeregister.de
6. Für alleinlebende Menschen gibt die Notfalldose Sicherheit, dass ihre Patientenverfügung auch schnellstmöglich in die Hand des behandelnden Arztes kommt.
Fragen sie uns bitte dazu,
wir haben die Dosen hier im Stadt seniorenrat Singen vorrätig.

Patientenverfügung

Dieses Dokument ist mit den Textbausteinen aus der Broschüre „Patientenverfügung“ des Bundesministeriums, vom Stadtseniorenrat Singen, erstellt worden.

Stand September 2021.

Ich, (Name, Vorname),

geboren am.....,

wohnhaft in.....,

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann,

Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn

Ja; Nein: ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

Ja; Nein: ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Ja; Nein: infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (*können namentlich benannt werden*) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist¹.

Ja; Nein: ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (*z. B. bei Demenzerkrankung*) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen².
und

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

(Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.)

¹ Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind in der Regel unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei Wachkoma-Patienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein eingeschränkt selbstbestimmtes Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

² Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z. B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

Ja; Nein: dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.

oder

Ja; Nein: dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome³.

Schmerz- und Symptombehandlung⁴

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

Ja; Nein: aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.

oder

Ja; Nein: wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung.

oder

Ja; Nein: die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

³ Die Äußerung, "keine lebenserhaltenden Maßnahmen" zu wünschen, stellt jedenfalls für sich genommen nicht die für eine wirksame Patientenverfügung erforderliche hinreichend konkrete Behandlungsentscheidung dar. Die insoweit erforderliche Konkretisierung kann aber gegebenenfalls durch die Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen oder die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen erfolgen. Es spricht folglich grundsätzlich nichts gegen die Verwendung dieser Formulierung, soweit diese nicht isoliert erfolgt, sondern mit konkreten Beschreibungen der Behandlungssituationen und spezifizierten medizinischen Maßnahmen, wie sie unter Ziffer 2.3.2 ff. enthalten sind, kombiniert wird.

⁴ Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in äußerst seltenen Situationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine unbeabsichtigte geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sog. indirekte Sterbehilfe).

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr⁵

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

Ja; Nein: dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

oder

Ja; Nein: dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation⁶ zur Beschwerdelinderung erfolgen.

oder

Ja; Nein: dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

Wiederbelebung⁷

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

Ja; Nein: Versuche der Wiederbelebung.

oder

Ja; Nein: die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.

oder

Ja; Nein: dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer

Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

⁵ Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten. Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u. a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann (für Details siehe den Leitfaden „Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr“ des Bayerischen Sozialministeriums, erhältlich unter www.stmas.bayern.de/pflege/dokumentation/leitfaden.php).

⁶ Palliativmedizin ist die medizinische Fachrichtung, die sich primär um die Beschwerdelinderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen kümmert. Eine palliativmedizinische Indikation setzt daher immer das Ziel der Beschwerdelinderung und nicht das Ziel der Lebensverlängerung voraus.

⁷ Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z. B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.

B. Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

Ja; Nein: lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

oder

Ja; Nein: lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im

Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

Ja; Nein: eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

Ja; Nein: dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

Ja; Nein: eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

Ja; Nein: dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

Ja; Nein: Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

Ja; Nein: Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation⁵ zur Beschwerdelinderung.

oder

Ja; Nein: keine Antibiotika.

Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

Ja; Nein: die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

Ja; Nein: die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

oder

Ja; Nein: keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

Ja; Nein: zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

oder

Ja; Nein: wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

oder

Ja; Nein: wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte

- Beistand durch folgende Personen:

- Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

Ja; Nein: hospizlichen Beistand.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ja; Nein: Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

Ja; Nein: Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) – z. B. Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

Ja; Nein: Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin/meinem Vertreter (z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

Ja; Nein: In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: (*Alternativen*)

- meiner/meinem Bevollmächtigten.
- meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
- anderer Person:

Ja; Nein: Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: (*Alternativen*)

- meiner/meinem Bevollmächtigten.
- meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
- anderer Person:
-

Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

Ja; Nein: Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen: Bevollmächtigte(r)

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/E-Mail: _____

Ja; Nein: Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen). Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/E-Mail: _____

Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

Ja; Nein: Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.

Ja; Nein: Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

Organspende

Ja; Nein: Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu⁸. Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann (Alternativen)⁹

Ja; Nein: geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

Ja; Nein: gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

oder

Ja; Nein: Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Schlussformel

Ja; Nein: Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich

ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung¹⁰.

⁸ Die Informationsbroschüren „Antworten und wichtige Fragen“ und „Wie ein zweites Leben“ informieren rund um das Thema Organ- und Gewebespende. Sie können ebenso wie der Organspendeausweis kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden. Per Post unter: BZgA, 51101 Köln, per Fax unter: (02 21) 899 22 57 und per E-Mail unter: order@bzga.de. Unter der kostenlosen Rufnummer (0800) 90 40 400 erreichen Sie das Infotelefon Organspende montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr. Das Team des Infotelefon beantwortet Ihre Fragen zur Organ- und Gewebespende und zur Transplantation.

⁹ Weitergehende Informationen zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung enthält ein Arbeitspapier der Bundesärztekammer, erhältlich unter www.bundesarztekkammer.de/downloads/arbeitspapier_patientenverfuegung_organspende_18012013.pdf. Darin sind auch Textbausteine zur Ergänzung bzw. Vervollständigung einer Patientenverfügung vorgeschlagen.

¹⁰ Die Schlussformel dient dazu, darauf hinzuweisen, dass der Ersteller der Patientenverfügung unter den beschriebenen Umständen keine weitere ärztliche Aufklärung wünscht. Diese Aussage ist besonders wichtig, da bestimmte ärztliche Eingriffe nur dann wirksam vorgenommen werden dürfen, wenn ein Arzt den Patienten vorher hinreichend über die medizinische Bedeutung und Tragweite der geplanten Maßnahmen, alternative Behandlungsmöglichkeiten und Konsequenzen eines Verzichts aufgeklärt hat. Einer ärztlichen Aufklärung bedarf es nicht, wenn der einwilligungsfähige Patient auf eine ärztliche Aufklärung verzichtet hat. Aus der Patientenverfügung sollte sich ergeben, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind.

Schlussbemerkungen

Ja; Nein: Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.

Ja; Nein: Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.

Ja; Nein: Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

Ja; Nein: Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei / durch

Ärztliche Aufklärung

Herr/Frau _____

wurde von mir am

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Datum _____

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes

Aktualisierung

Ja; Nein: Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

oder

Ja; Nein: Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von Jahren ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

Datum

Unterschrift

Im Notfall bitte benachrichtigen:

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Oder:

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Handy: _____

**Falls sie wichtige Medikamente einnehmen müssen,
macht es Sinn, hier einen aktuellen Medikamentenplan
einzulegen.**

Persönliche Daten und wichtige Informationen:		
Frau <input type="checkbox"/>	Herr <input type="checkbox"/>	Nationalität:
Name:		Muttersprache:
Vorname:		Religion:
Geb. am:		Krankenkasse:
Straße/Nr.:		Vers.-Nr.:
PLZ/Ort		Blutgruppe:
Allergien und Unverträglichkeiten von Medikamenten und Lebensmitteln:		
Hausärztin/-arzt:		Pflege Privat / Pflegedienst:
Name:		Name:
Anschrift:		Anschrift:
Telefon:		Tel. Arbeit:
Fax:		Tel. Privat:
		Tel. Mobil:
Falls nötig, bevorzuge ich folgendes Krankenhaus:		
Nehmen Sie Medikamente:		
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Epilepsie	
<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> Herz	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Blutdruck	
<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Parkinson	
<input type="checkbox"/> Schlaganfall		
Haben Sie Erkrankungen/ Therapien die Einfluss auf eine Notfallbehandlung haben könnten?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Herzinfarkt	Wann?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Herzschrittmacher	Wann?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bypass Operation	Wann?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hoher Blutdruck (Hypertonie)	Werte:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	Werte:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schneller Puls (Tachykardie)	Werte:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Langsamer Puls (Bradykardie)	Werte:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Diabetes	Typ:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schlaganfall	Wann?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Nierenerkrankung / Dialyse	Seit:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anfallsleiden / Epilepsie	Welches?



**August-Ruf-Str. 13, in der Marktpassage
78224 Singen (Hohentwiel)**

www.stadtseniorenrat-singen.de

stadtseniorenrat-singen@gmx.de

Tel. während der Bürozeiten **07731 1439996**

Öffnungszeiten:

Montag von 10:00 bis 12:00

zu unserem offenen Seniorentreff mit
Getränken, Spielen und Gesprächen.

Dienstag und Mittwoch 14:00 bis 17:00 Uhr

Computeria mit Smartphone- und PC-Hilfe.

Wenn vorhanden, bringen sie bitte ihr eigenes Gerät mit.

Donnerstag 9:00 bis 12:00

Informationen zur Vorsorgevollmacht,
der Patientenverfügung, allgemeine Hilfen
oder einfach nur für ein nettes Gespräch.

Immer am 2. Donnerstag im Monat, bieten wir zusätzlich ein
Gesprächsangebot für Angehörige zum Thema „Demenz“ an.