

# ANTRAG AUF EINTRAGUNG DER ERTEILUNG EINER PATIENTENVERFÜGUNG (\*)

Vorname und Nachnamen der beantragenden Person:

Herr/Frau

---

---

Nr. des Personalausweises, Ausweises oder anderer Identitätsausweis:

---

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_

Telefon/e: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## ICH BEANTRAGE

die Eintragung des beigefügten, in einem versiegelten Umschlag befindlichen, Dokumentes in das Zentrale Register der Patientenverfügungen der Autonomen Gemeinschaft Valencias.

## ICH ERKLÄRE

es zu wissen, dass das Zentrale Register der Patientenverfügungen der Autonomen Gemeinschaft Valencias, den Inhalt des Dokuments ausschließlich nur dem behandelnden Arzt oder Team überträgt, der/das für meine Gesundheitsversorgung, in dem Moment verantwortlich ist, bei dem ich aufgrund meines Zustandes, meinen freien Willen nicht mehr äußern kann und relevante klinische Entscheidungen getroffen werden müssen.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der beantragenden Person:

(\*) Erläuternder Hinweis: für die Eintragung einer Patientenverfügung in das Zentrale Register der Patientenverfügungen der Autonomen Gemeinschaft Valencias muss man im Besitz der Gesundheitskarte sein.

## DOKUMENT EINER PATIENTENVERFÜGUNG

Nach dem mich anererkennenden Recht, Artikel 17 des Gesetzes 1/2003 vom 28. Januar der autonomen Regierung, Rechte und Informationen für den Patienten bezüglich Patientenverfügungen, ich \_\_\_\_\_, volljährig oder für volljährig erklärt, wohnhaft in \_\_\_\_\_ C/ \_\_\_\_\_ und Personalausweis Nr., Ausweis oder anderer Identitätsausweis: \_\_\_\_\_ mit SIP Nr. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ mit voller Handlungsbefugnis, nach längerer Überlegung und frei handelnd, erstelle ich in Form eines Dokumentes die folgenden Äußerungen meiner **PATIENTENVERFÜGUNG:**

### ICH ERKLÄRE:

Wenn ich in Zukunft nicht mehr in der Lage bin, Entscheidungen über meine Gesundheitsversorgung zu äußern oder zu treffen, aufgrund meines körperlichen oder geistigen Verfalles, wegen einer der nachfolgenden aufgeführten Zustände:

- ✚ Verbreiteter Krebs in einem fortgeschrittenen Stadium.
- ✚ Schwerwiegende und irreversible Hirnschäden.
- ✚ Schwere Demenz aufgrund irgendeiner Ursache.
- ✚ Schwere Hirnschäden (irreversibles Koma, persistentes und verlängertes Wachkoma).
- ✚ Degenerative Erkrankung des Nerven- und/oder Muskelsystems in fortgeschrittenen Stadium mit erheblicher Einschränkung meiner Mobilität und fehlende positive Reaktion auf die Behandlung.
- ✚ Krankheit einer Immunschwäche in einem fortgeschrittenen Stadium. Erkrankungen oder Zustände von vergleichbarer Härte wie die oben erwähnten.
- ✚ In irgendeinen ähnlichen Zustand.

Wenn man berücksichtigt, das nach meiner Lebensvorstellung die Qualität des Lebens sehr wichtig ist, ist es mein Wunsch, dass mein Leben von sich aus nicht verlängert wird, wenn der Zustand bereits irreversibel ist.

Angesichts der oben und in Übereinstimmung mit den genannten Kriterien, ist es mein Wille, dass, wenn nach Meinung der Ärzte, die mich in diesen Moment betreuen (mit mindestens einem Facharzt), keine Erholung ohne Spätfolgen, die ein menschenwürdiges Leben wie ich es verstehe verhindern, zu erwarten ist, ist es mein Wille, dass:


1. Keine Maßnahmen zur Lebenserhaltung angewendet werden, oder diese einzustellen, wenn sie bereits begonnen haben, oder jede andere Maßnahme, die versucht, mein Überleben zu verlängern.
2. Die Maßnahmen ergriffen werden, die notwendig sind für die Kontrolle der Symptome, die Schmerzen oder Leiden verursachen können.
3. Man mir die notwendige Unterstützung für ein würdiges Ende meines Leben bereitstellt, mit maximaler Schmerzlinderung, sofern und so lange diese nicht gegen die Gute Klinische Praxis verstößt.
4. Man mich nicht ergänzenden Behandlungen und nicht bewiesenen Therapien unterzieht, dessen Effizienz für meine Genesung nicht bewiesen ist und die mein Leben nur geringfügig verlängern.

Andere Anweisungen, die ich gerne berücksichtigt haben möchte:

 Organ- und Gewebespende.

 Ort, wo man mich am Ende meines Lebens betreut (zu Hause, Krankenhaus...)

 Ich möchte geistlichen Beistand erhalten

 Sonstiges

Vorname und Nachnamen: \_\_\_\_\_

Personalausweis: \_\_\_\_\_ und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift:

## ERNENNUNG DES BEVOLLMÄCHTIGTEN

Ich ernenne als meine(n) Bevollmächtigte(n) Herrn/Frau \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, wohnhaft in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ C/ \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Telefon/e \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

und Personalausweis Nr. \_\_\_\_\_ damit er/sie in meinem Namen die Auslegung durchführt, die gegebenenfalls erforderlich sein möge, sofern sie nicht im Widerspruch zu einen in diesem Dokument enthaltenen Willen steht, sowie die strikte Umsetzung der darin enthaltenen Informationen gewährleistet. Der/die selbe gilt als vollwertiger und notwendiger Gesprächspartner mit dem ärztlichen Team, das für meine Pflege verantwortlich ist, um Entscheidungen in meinem Namen zu treffen, für meine Pflege verantwortlich und mein Garant für meinen hier zum Ausdruck gebrachten Willen zu sein.

## ANERKENNUNG DES BEVOLLMÄCHTIGTEN (Fakultativ)

Ich akzeptiere die Ernennung und stimme zu, der Bevollmächtigte für

Herrn/Frau \_\_\_\_\_ zu sein,

für den Fall, dass er/sie seine/ihre Wünsche in Bezug auf seine/ihre ärztliche Pflege nicht zum Ausdruck bringen kann. Ich verstehe die Anweisungen, die in diesem Dokument von der Person, die ich vertrete ausgedrückt wurden, und stimme zu, diese zu befolgen. Ich verstehe, dass meine Bevollmächtigung nur Sinn macht, wenn die Person, die ich vertrete, selbst nicht mehr in der Lage ist, diese Anweisungen auszudrücken und wenn dieses Dokument nicht vorher widerrufen wurde, entweder ganz oder in den Teilen, die sich auf mich beziehen.

Vorname und Nachnamen des Bevollmächtigten: \_\_\_\_\_

Personalausweis: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Bevollmächtigten:

## ERKLÄRUNG DER ZEUGEN

Die Unterzeichnenden, volljährig, erklären, dass die Person, die diese Patientenverfügung unterschrieben hat, dies vollkommen bewusst getan hat, wir konnten uns davon überzeugen, dass seine/ihre Entscheidung ohne jede Form von Zwang geschehen ist.

Darüber hinaus erklären, von den drei Zeugen, der erste und zweite unterzeichnende Zeuge, keine familiäre oder vermögensrechtliche Beziehung mit der unterzeichnenden Person dieses Dokuments zu haben.

Erster Zeuge

Vorname und Nachnamen: \_\_\_\_\_

Personalausweis: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift:

Zweiter Zeuge

Vorname und Nachnamen: \_\_\_\_\_

Personalausweis: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift:

Dritter Zeuge

Vorname und Nachnamen: \_\_\_\_\_

Personalausweis: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift: