

# MEINE PATIENTEN- VERFÜGUNG

FÜR DEN FALL, DASS ICH MEINEN WILLEN  
NICHT MEHR ÄUSSERN KANN.



**Meine Identität:**

Name und Vorname: .....

Adresse: .....

Postleitzahl: ..... Gemeinde: .....

Telefonnummer: .....

**Meine Vertrauensperson:** .....

**Mein Vertreter:** .....

**Mein Hausarzt:** .....

(Stempel)

**Mein Facharzt:** .....

(Stempel)

**Ich habe folgende Dokumente ausgefüllt:**

- (Seite 5) Meine persönlichen Wünsche, Werte und Ansichten
- (Seite 6) Bestimmung einer Vertrauensperson
- (Seite 7) Bestimmung eines Vertreters
- (Seite 9) Allgemeine Grundsatzerklärung für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr äußern kann.
- (Seite 15) Andere wichtige Informationen für meinen Hausarzt bezüglich
  - der Beisetzung
  - Organspende
  - Leichnam für die Wissenschaft

Außerdem habe ich **mit dem behandelnden Arzt** oder **mit meinem Bezugskrankenschwäger** ausgefüllt:

- (Seite 11) Eine negative vorgezogene Willenserklärung
- (Seite 13) Eine vorgezogene Willenserklärung bezüglich Euthanasie, für den Fall, dass ich in einem unumkehrbaren Koma läge (Erneuerung alle 5 Jahre erforderlich)

Die Originaldokumente habe ich hier hinterlegt: (Standort präzisieren) .....

Der einfachen Lesbarkeit halber verwenden wir in diesem Dokument lediglich die männliche Form.

# MEINE PATIENTENVERFÜGUNG

## ALLGEMEINE FRAGEN

### Wozu dient eine Patientenverfügung?

In Belgien haben wir als Bürger die Möglichkeit, unsere gesundheitliche Versorgung nach eigenen Werten und Erwartungen mitzubestimmen, auch in der letzten Lebensphase. Die Überlegungen bzgl. der Versorgung am Lebensende können wir mit der Familie, den Freunden, den Pflegekräften und insbesondere mit dem Hausarzt oder dem Facharzt besprechen und in einer Patientenverfügung festhalten.

Eine Patientenverfügung ist eine schriftliche Erklärung. Sie gibt mir die Möglichkeit, meinen Willen zu dokumentieren für den Fall, dass ich ihn nicht mehr äußern kann, und einen Vertreter zu benennen, der an meiner Stelle und in meinem Sinne Entscheidungen treffen kann.

Mit Hilfe einer Patientenverfügung kann ich zu einem Zeitpunkt, an dem ich noch in vollem Besitz meiner geistigen Fähigkeiten (Verstand und Wille) bin, die Wahl der Behandlung und damit den Verlauf meiner letzten Lebensphase mitbestimmen. Tritt die Situation ein, dass ich nicht mehr in der Lage bin, selbst über medizinische Maßnahmen zu entscheiden, ist die von mir verfasste Patientenverfügung vom Arzt als wichtige Entscheidungshilfe zu berücksichtigen.

Dies kann besonders bei Unstimmigkeiten zwischen den Wünschen der Angehörigen untereinander, oder hinsichtlich den Werten des Patienten oder der Haltung der Pflgeteams, nützlich sein.

### Wie und mit wem sollte ich meine Patientenverfügung ausfüllen?

Die folgenden Seiten können ganz unabhängig voneinander ausgefüllt werden. Es können bei Bedarf auch Seiten entfernt werden, ohne dass die Patientenverfügung dadurch an Wert verliert.

Viele Menschen sind schon früh daran interessiert, einen Teil auszufüllen, für den Fall von unvorhersehbaren Umständen, wie z.B. Koma durch Unfall oder Schlaganfall. Dieser Teil kann mit Hilfe von

einer Beratungsstelle und den Angehörigen ausgefüllt werden.

Die negative Willenserklärung sollte nur bei einer Diagnose oder bei fortgeschrittenem Alter ausgefüllt werden, wenn ich mir eine konkrete Vorstellung von einer bereits existierenden Situation machen kann. Bei der negativen Willenserklärung verweigere ich verschiedene Behandlungen in gewissen Situationen. Dies ist nur mit einem Hausarzt oder zumindest mit den Pflegekräften auszufüllen, die die nötigen Erläuterungen zu den Konsequenzen geben können.

### Was ist eine Vertrauensperson?

#### Was ist ein Vertreter?

Der von mir bestimmten Vertrauensperson gebe ich die Befugnis, sich auch in meiner Abwesenheit, über meinen Gesundheitszustand zu informieren. Die Vertrauensperson kann allerdings keine Entscheidungen an meiner Stelle treffen.

Der Vertreter ist die Person, die für den Fall, dass ich meine Patientenrechte nicht wahrnehmen kann, diese in meinem Sinne vertritt, und auch an meiner Stelle Entscheidungen treffen kann. Habe ich selbst keinen Vertreter benannt, sieht das belgische Gesetz einen Vertreter im engen Familienkreis vor.

### Was ist eine negative Willenserklärung?

Seit 2002 hat der Patient das Recht auf Einwilligung, d. h. ohne Einwilligung des Patienten kann keine Behandlung eingeleitet oder fortgeführt werden (außer in Notfallsituationen). Durch eine negative Willenserklärung erkläre ich bereits im Voraus verschiedene Behandlungen zu verweigern für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr äußern kann.

### Wie lange ist die Patientenverfügung gültig?

Bezüglich der Dauer der Gültigkeit einer Patientenverfügung gibt es keine Vorschriften. Es ist dennoch empfehlenswert, die Patientenverfügung etwa alle 2

bis 3 Jahre per Unterschrift und Angabe des Datums erneut zu bestätigen. So haben die Pflegekräfte eine größere Gewissheit, dass der in der Patientenverfügung geäußerte Wille dem aktuellen entspricht.

#### **Inwiefern ist die Patientenverfügung verbindlich?**

Diese Willenserklärung ist bindend, insofern die ausschlaggebende Situation im natürlichen Verlauf der Krankheit auftritt und der Patient seinen Willen nicht mehr äußern kann. Es ist ein wichtiges Indiz für den Willen des Patienten. Die Verantwortung für die medizinischen Maßnahmen trägt am Ende der Arzt.

#### **Wo kann ich meine Patientenverfügung hinterlegen?**

Es wird empfohlen, das Original der Patientenverfügung zu Hause, gut ersichtlich und auffindbar, aufzubewahren. Außerdem sollen jeweils der behandelnde Arzt, die Vertrauensperson bzw. der Vertreter eine

Kopie haben. Jene sollen auch darüber informiert sein, wo ich mein Original aufbewahre. Bei Änderungen der Patientenverfügung oder bei Abberufung des bestimmten Vertreters, muss darauf geachtet werden, alle Kopien anzupassen, und die Personen zu informieren.

Es ist nicht erforderlich, diese Willenserklärung offiziell bei der Gemeinde registrieren zu lassen.

## INFORMATIONSTELLEN

#### **Anlaufstelle für die Bevölkerung**

Meine Patientenverfügung kann ich mit meinem behandelnden Arzt besprechen und ausfüllen.

Außerdem kann ich Beratung und Informationen zu Rechten der Patienten und weitere Broschüren zur Patientenverfügung erhalten beim:

#### **Patienten Rat & Treff**

Aachener Straße 6, 4700 Eupen,  
Tel.: 087/55 22 88, [www.patientenrat.be](http://www.patientenrat.be)

#### **Anlaufstelle für professionelle Pflegeberufe**

##### **Palliativpflegeverband der DG VoG**

Hufengasse 65, 4700 Eupen  
Tel.: 087/56 97 47, [www.palliativpflegeverband.com](http://www.palliativpflegeverband.com)

Weitere Vordrucke zu den Patientenrechten und Patientenverfügungen:

#### **Ministerium Ostbelgien**

Gospertstrasse 1, 4700 Eupen  
Tel.: 087/59 64 00  
[www.dglive.be](http://www.dglive.be) => Gesundheit => Patientenrechte

#### **Dienststelle Ostbelgien für Selbstbestimmtes Leben**

Vennbahnstrasse 4/4, 4780 St. Vith  
Tel.: 080/22 91 11



## 2. BESTIMMUNG EINER VERTRAUENSPERSON

Gesetz vom 22. August 2002 zu den Patientenrechten (Art. 7, §2, Art. 9, §2, Art. 9, §3)

Ich Unterzeichnende(r), .....

.....  
(Name, Vorname des Patienten), bestimme die nachstehende Person als meine Vertrauensperson, die auch in meiner Anwesenheit befugt ist folgende Rechte auszuüben:

**das Recht sich über meinen Gesundheitszustand und dessen mögliche Entwicklung zu informieren.**

Name des betreffenden Arztes (z.B. der Hausarzt, Onkologe, Kardiologe ...): .....

.....  
.....

**das Einsichtsrecht in meine Patientenakte.**

Name des betreffenden Arztes (z.B. der Hausarzt, Onkologe, Kardiologe ...): .....

.....  
.....

**das Recht eine Kopie meiner Patientenakte anzufordern.** Name des betreffenden Arztes (z.B. der Hausarzt, Onkologe, Kardiologe ...): .....

.....  
.....

### Identität des Patienten:

Name und Vorname:

.....  
.....

Adresse:

.....  
.....

Telefonnummer:

.....

Geburtsdatum:

.....

### Unterschrift des Patienten

### Identität der Vertrauensperson:

Name und Vorname:

.....  
.....

Adresse:

.....  
.....

Telefonnummer:

.....

Geburtsdatum:

.....

Ausgestellt zu (Ort) .....,

den (Datum) .....

# 3.1 BESTIMMUNG EINES VERTRETERS

## BEVOLLMÄCHTIGTER IM RAHMEN DER PATIENTENVERTRETUNG

Gesetz vom 22. August 2002 zu den Patientenrechten (Art. 7, §2, Art. 9, §2, Art. 9, §3)

### Information

Die Bestimmung des Vertreters kann zu jeder Zeit durch ein datiertes und unterzeichnetes Schriftstück widerrufen werden. In diesem Fall wird empfohlen, diejenigen Personen, die eine Originalfassung des Bestimmungsformulars erhalten haben, zu benachrichtigen.

Ich Unterzeichnende(r) .....  
bestimme die nachstehend benannte Person, um  
mich zu vertreten, solange ich nicht in der Lage bin  
meine Rechte als Patient selbst auszuüben.

### Persönliche Daten des Patienten:

Name und Vorname:

.....  
.....

Adresse:

.....  
.....

Telefonnummer:

.....

Geburtsdatum:

.....

Ausgestellt zu (Ort) .....,  
den (Datum) .....

**Unterschrift des Patienten**

### Persönliche Daten des Vertreters:

Name und Vorname:

.....  
.....

Adresse:

.....  
.....

Telefonnummer:

.....

Geburtsdatum:

.....

Ich nehme meine Bestimmung zum Vertreter wie oben  
vorgesehen an und trage dafür Sorge, den Patienten  
in den vorgesehenen Fällen zu vertreten, in denen er  
nicht in der Lage ist, seine Rechte auszuüben, und in  
seinem Sinne und mit Achtung der Willenserklärung  
zu handeln.

Ausgestellt zu (Ort) .....,  
den (Datum) .....

**Unterschrift des Vertreters**

## 3.2 ABBERUFUNG DES BESTIMMTEN VERTRETERS

(Art. 14, §1 des Gesetzes vom 22. August 2002 zu den Patientenrechten)

Ich Unterzeichnende(r), .....  
.....  
widerrufe hiermit die Bestimmung der nachstehende  
Person als Vertreter vom ...../...../.....

### **Persönliche Angaben des abberufenen Vertreters:**

Name und Vorname:

.....  
.....

Adresse:

.....  
.....

Telefonnummer:

.....

Geburtsdatum:

.....

Ausgestellt zu (Ort) ..... ,  
den (Datum) .....

### **Unterschrift des Patienten**



## 4. ALLGEMEINE GRUNDSATZERKLÄRUNG

Ich, der Unterzeichnende,

Name: .....

Vorname: .....

Geboren am: ...../...../.....

bei vollem Bewusstsein und ohne Druck anderer, beschreibe hiermit meinen Willen.

**Mein Wille trifft zu in folgenden Situationen:**  
(bitte ankreuzen)

Nur dann, wenn ich meinen Willen unumkehrbar nicht mehr bilden oder äußern kann und

- ich in absehbarer Zeit **sterben** werde (Sterbephase).
- ich in einer medizinisch aussichtslosen Lage bin, infolge eines weit fortgeschrittenen **Hirnabbauprozesses** z.B. bei sehr weit fortgeschrittener **Demenz**.
- ich mich in einem **unumkehrbaren Koma** befinde.
- andere: .....  
.....  
.....  
.....

Wenn der behandelnde Arzt das Zutreffen dieser Situation(en) nach bestem ärztlichen Wissen und Gewissen hat feststellen können, beinhaltet mein Wille folgendes (bitte ankreuzen):

- Man soll an mir **ein natürliches Sterben nicht verhindern** durch **lebensverlängernde Maßnahmen**, wenn jede lebensverlängernde Maßnahme ohne Aussicht auf Besserung ist und mein Leben nur künstlich verlängern würde.
- Im Falle von Organspende sollten die dafür notwendigen Behandlungen fortgesetzt werden.
- Ich möchte **Palliativpflege**

**Was ist Palliativpflege?**

Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Beschwerden, wie z.B. Schmerzen, Unruhe, Angst, Atemnot oder Übelkeit gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendige Schmerztherapie eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist.

**Ich möchte sterben können** (bitte ankreuzen):

- nach Möglichkeit in Nähe und Kontakt mit meinen Angehörigen und mir nahe stehenden Personen;
- nach Möglichkeit in meiner vertrauten Umgebung;
- .....



## 5. NEGATIVE VORGEZOGENE WILLENSERKLÄRUNG

MIT DEM BEHANDELNDEN ARZT ODER MIT MEINEM BEZUGSKRANKENPFLEGER AUSZUFÜLLEN

Eine negative vorgezogene Willenserklärung kann ausgefüllt werden, wenn eine lebensbedrohliche Diagnose feststeht. Es ist sehr zu empfehlen, sie nur gemeinsam mit dem behandelnden Arzt oder mit meinem Bezugskrankenpfleger auszufüllen, der die nötigen Erklärungen gibt und über alternative Behandlungsmöglichkeiten und die Auswirkungen der getroffenen Entscheidungen genügend informieren kann. Die negative Willenserklärung bleibt immer gültig, kann aber jederzeit widerrufen und geändert werden.

Ich, der Unterzeichnende,

Name: .....

Vorname: .....

Geboren am: ...../...../.....

bei vollem Bewusstsein und ohne Druck anderer, beschreibe hiermit meinen Willen.

**Mein Wille betrifft folgende Situationen: Nur dann, wenn ich meinen Willen unumkehrbar nicht mehr bilden oder äußern kann und** (bitte ankreuzen)

ich in absehbarer Zeit **sterben** werde (Sterbephase).

ich in einer medizinisch aussichtslosen Lage bin, infolge eines weit fortgeschrittenen **Hirnabbauprozesses** z.B. bei sehr weit fortgeschrittener **Demenz**.

ich mich in einem **unumkehrbaren Koma** befinde.

andere Situation: .....  
.....  
.....  
.....

Wenn der behandelnde Arzt nach bestem ärztlichen Wissen und Gewissen hat feststellen können, dass die aktuelle Situation **sich im Rahmen des natürlichen Verlaufs meiner Krankheit befindet**, beinhaltet mein Wille folgendes:

**Ich möchte nicht mehr**

ins Krankenhaus gebracht werden.

zur Intensivstation gebracht werden.

**Ich verweigere folgende Behandlungen:**

Chemotherapie

Bestrahlungen

Operationen

Dialyse

Antibiotika

Transfusion

Reanimation – Wiederbelebung

Künstliche Beatmung

Künstliche Ernährung, wenn ich nicht mehr aus eigener Kraft essen kann oder nicht mehr essen will.

Ich habe außerdem einen **Vertreter** benannt, um mich zu vertreten, solange ich nicht in der Lage bin meine Rechte als Patient selbst auszuüben (siehe Dokument: Benennung eines Vertreters).

Name und Vorname des **Vertreters:**

.....  
.....

# 5. NEGATIVE VORGEZOGENE WILLENSERKLÄRUNG FOLGESEITE

MIT DEM BEHANDELNDEN ARZT ODER MIT MEINEM BEZUGSKRANKENPFLEGER AUSZUFÜLLEN

Ich möchte für mich folgende konkrete Behandlungsgrenzen festlegen, nachdem ich diese ausführlich mit meinem behandelnden Arzt besprochen habe:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Unterschrift des Patienten: .....

Name und Unterschrift des Arztes:  
.....  
.....

Stempel: .....

**Angaben für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, meine Willenserklärung selbst zu schreiben und zu unterzeichnen.** Der Grund meiner Unfähigkeit, meine Willenserklärung selbst zu schreiben:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Zum Beweis liegt im Anhang ein ärztliches Attest bei.

Ich habe folgende Person mit dem Verfassen und der Unterschrift dieser Willenserklärung beauftragt:

Name und Vorname: .....

NISS Nummer: .....

Geburtsdatum/-ort: .....

Adresse: .....

Telefonnummer: .....

Geburtsdatum: .....

Event. Verwandtschaftsgrad: .....

Angefertigt in .....  
am (Datum) .....

Unterschrift des Patienten: .....

Ggf. Unterschrift des Vertreters: .....

Unterschrift des stellvertretenden  
Schreibers der Willenserklärung: .....

Unterschrift des behandelnden Arztes  
oder des Bezugskrankenpflegers: .....

# 6. VORGEZOGENE WILLENSERKLÄRUNG MIT BEZUG AUF EUTHANASIE

MIT DEM BEHANDELNDEN ARZT ODER MIT MEINEM  
BEZUGSKRANKENPFLEGER AUSZUFÜLLEN

Die vorgezogene Willenserklärung zur Sterbehilfe (Euthanasie) für den Fall von unumkehrbarem Koma muss alle 5 Jahre erneuert werden.

**Die vorgezogene Willenserklärung zur Sterbehilfe (Euthanasie) darf nicht verwechselt werden mit der Euthanasieanfrage eines Patienten mit einer schweren, unheilbaren Krankheit bei Bewusstsein.**

## RUBRIK I: OBLIGATORISCHE DATEN

### A. Gegenstand der vorgezogenen Willenserklärung

- Ich, der Unterzeichnende,  
Name: .....  
Vorname: .....

bitte darum, dass in dem Fall, wo ich meinen Willen nicht mehr äußern kann, ein Arzt mir Sterbehilfe leistet, wenn die im Gesetz vom 28. Mai 2002 festgelegten Bedingungen erfüllt sind.

- bestätige die am ..... (Datum)  
erstellte vorgezogene Willenserklärung wieder.
- revidiere die am ..... (Datum)  
erstellte vorgezogene Willenserklärung.
- ziehe die am ..... (Datum)  
erstellte vorgezogene Willenserklärung zurück.

### B. PERSÖNLICHE DATEN DES ANTRAGSTELLERS:

Meine persönlichen Daten sind folgende:

Name und Vorname: .....

NISS Nummer: .....

Geburtsdatum/-ort: .....

Adresse: .....

Telefonnummer: .....

Geburtsdatum: .....

### C. Merkmale der vorgezogenen Willenserklärung

Diese Willenserklärung ist frei und bewusst erstellt worden. Sie ist von den beiden Zeugen und gegebenenfalls der Vertrauensperson unterzeichnet. Ich erwarte, dass diese vorgezogene Willenserklärung respektiert wird.

### D. Zeugen

Die Zeugen, in deren Anwesenheit ich diese vorgezogene Willenserklärung erstelle sind:

#### Zeuge 1

Name und Vorname: .....  
NISS Nummer: .....  
Geburtsdatum/-ort: .....  
Adresse: .....  
.....  
Telefonnummer: .....  
Geburtsdatum: .....  
Event. Verwandtschaftsgrad: .....

#### Zeuge 2

Name und Vorname: .....  
NISS Nummer: .....  
Geburtsdatum/-ort: .....  
Adresse: .....  
.....  
Telefonnummer: .....  
Geburtsdatum: .....  
Event. Verwandtschaftsgrad: .....

# 6. VORGEZOGENE WILLENSERKLÄRUNG MIT BEZUG AUF EUTHANASIE FOLGESEITE

MIT DEM BEHANDELNDEN ARZT ODER MIT MEINEM  
BEZUGSKRANKENPFLEGER AUSZUFÜLLEN

## RUBRIK II: FAKULTATIVE DATEN

### E. Gegebenenfalls bestimmte Vertrauensperson

Als Vertrauensperson, die nach meinem Wunsch für den Fall, dass ich mich in einer Situation befinde, in der die vorgezogene Willenserklärung zur Anwendung kommen könnte, sofort benachrichtigt und in das Verfahren einbezogen wird, bestimme ich:

Name und Vorname: .....

NISS Nummer: .....

Geburtsdatum/-ort: .....

Adresse: .....  
.....

Telefonnummer: .....

Geburtsdatum: .....

Event. Verwandtschaftsgrad: .....

### F. Angaben für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, meine Willenserklärung selbst zu verfassen und zu unterzeichnen.

Der Grund meiner Unfähigkeit, meine Willenserklärung selbst zu **schreiben**:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Zum Beweis liegt im Anhang ein ärztliches Attest bei.

Ich habe folgende Person mit dem Verfassen und der Unterschrift dieser Willenserklärung beauftragt:

Name und Vorname: .....

NISS Nummer: .....

Geburtsdatum/-ort: .....

Adresse: .....  
.....

Telefonnummer: .....

Geburtsdatum: .....

Event. Verwandtschaftsgrad: .....

Angefertigt in .....  
am (Datum) .....

Unterschrift des Patienten .....

Ggf. Unterschrift des Vertreters .....

Unterschrift des stellvertretenden  
Schreibers der Willenserklärung .....

Unterschrift und Stempel  
des behandelnden Arztes.....



# MEINE PATIENTEN- VERFÜGUNG

## Neuaufgabe 2018

Erarbeitet unter der Leitung des Palliativpflegeverbandes, in Abstimmung mit einer multidisziplinären Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern des PRT und der verschiedenen Pflegedienstleister Ostbelgiens.

Bitte diesen Notfallausweis ausschneiden, ausfüllen und immer bei Ihren Ausweispapieren mitführen.

## NOTFALLAUSWEIS

**Ich:** (Name) .....

habe folgende Personen benannt:

**Hausarzt:** .....

**Vertrauensperson:** .....

**Vertreter:** .....

**Ich habe eine Patientenverfügung hinterlegt bei:** .....