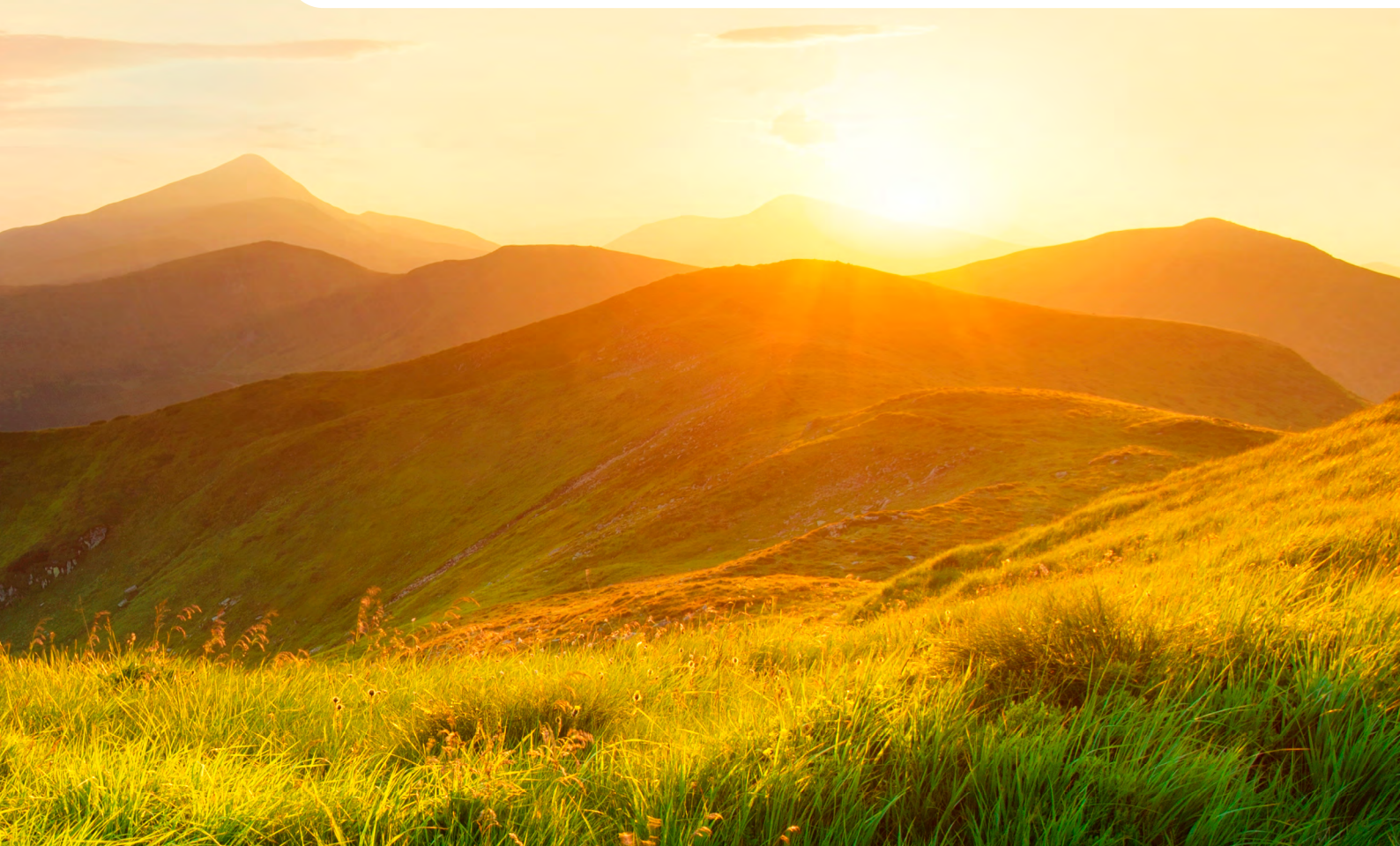


MEINE PATIENTEN- VERFÜGUNG

MEINER STIMME BIS ZUM ENDE
MEINES LEBENS GEHÖR VERSCHAFFEN

Name

Vorname



Die Originaldokumente habe ich hier hinterlegt: (Standort präzisieren)

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 dem Bezugskrankenschwäger** ausgefüllt:

- ☐ (Seite 11) Eine negative vorgezogene Willenserklärung
- ☐ (Seite 13) Eine vorgezogene Willenserklärung bezüglich Euthanasie, für den Fall, dass ich in einem **unumkehrbaren Koma** liege

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt. Die Personenbezeichnungen in der vorliegenden Patientenverfügung gelten jedoch für alle Geschlechter.

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 **Willenserklärung** (Gesetz vom 22. August 2002 zu den Patientenrechten). 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 der Werte des Patienten oder der Haltung der Pflegeteams 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 vorgezogene Willenserklärung sollte nur bei einer lebensbedrohlichen 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 die 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 und/oder 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.

INFORMATIONSTELLEN

Anlaufstelle für die Bevölkerung

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

Außerdem kann ich Beratung und Informationen zu den 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

Anlaufstelle für professionelle Pflegeberufe

- **Palliativpflegeverband Ostbelgien**

Bahnhofstraße 37, 4700 Eupen

Tel.: 087/56 97 47, www.palliativpflegeverband.com

Weitere Vordrucke zu den Patientenrechten und Patientenverfügungen

- **Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft**

Gospertstraße 1, 4700 Eupen

Tel.: 087/59 63 00

www.ostbelgienlive.be => Gesundheit

=> Patientenrechte

- **Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben der Deutschsprachigen Gemeinschaft**

Vennbahnstraße 4/4, 4780 St. Vith

Tel.: 080/22 91 11, www.selbstbestimmt.be

1. MEINE PERSÖNLICHEN WÜNSCHE, WERTE UND ANSICHTEN

.....

.....

.....

☐ dass die Ärzte und die mich betreuenden Personen mich ehrlich über den Stand und die Entwicklung meiner Krankheit informieren;

☐ dass die Ärzte und die mich betreuenden Personen mich **nicht** über den Stand und die Entwicklung meiner Krankheit informieren;

- dass bei bestehender schwerer Krankheit in fortgeschrittenem Stadium über die lebensverlängernden/lebenserhaltenden Maßnahmen, deren Nutzen und Belastung gesprochen wird:

☐ mit mir und meiner Familie

☐ nicht mit mir, aber mit der bezeichneten Vertrauensperson bzw. dem Vertreter

☐ nur im Pfltegeteam mit Einbezug meines Hausarztes

○ _____

☐ seelsorgerischen Beistand: Meine Konfession ist

Weitere Werte und Ansichten:

[illegible]

2. BESTIMMUNG EINER VERTRAUENSPERSON

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

Information

Die Vertrauensperson wird vom Patienten bestimmt und ist befugt - auch in Abwesenheit des Patienten - sich über seinen Gesundheitszustand zu informieren.

Ich Unterzeichnende(r),

Name:

Vorname:

bestimme die nachstehende Person als meine Vertrauensperson, die auch in meiner Abwesenheit befugt ist folgende Rechte auszuüben:

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

Zeitraum:

(z.B. bis zum Datum XX, für eine unbestimmte Zeit, ...)

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

.....

.....

- ☐ **das Einsichtsrecht in meine Patientenakte.**

Zeitraum:

(z.B. bis zum Datum XX, für eine unbestimmte Zeit, ...)

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

.....

.....

- ☐ **das Recht eine Kopie meiner Patientenakte anzufordern.** Zeitraum:

(z.B. bis zum Datum XX, für eine unbestimmte Zeit, ...)

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. 14, §1)

Information

- Ein Vertreter ist eine Person, die der Patient zuvor benannt hat, um an seine Stelle zu treten für den Fall und solange er nicht in der Lage ist, seine Patientenrechte selbst auszuüben.
- Die Bestimmung des Vertreters kann zu jeder Zeit durch ein datiertes und unterzeichnetes Schriftstück widerrufen werden (siehe Seite 8).
- Hat der Patient keinen Vertreter bestellt oder greift der vom Patienten bestellte Vertreter nicht ein, werden die durch das Gesetz festgelegten Rechte vom Betreuer für die Person* ausgeübt, sofern und solange die geschützte Person nicht in der Lage ist, ihre Rechte selbst auszuüben. Ist kein Betreuer dazu ermächtigt worden, den Patienten zu vertreten, werden die durch das Gesetz festgelegten Rechte von dem zusammenwohnenden Ehepartner, gesetzlich beziehungsweise faktisch zusammenwohnenden Partner ausgeübt.

*Person, die gemäß Artikel 492/1 § 1 Absatz 4 des Zivilgesetzbuches durch das Friedensgericht benannt wird.

Wenn diese Person nicht eingreifen kann, nicht eingreifen möchte oder wenn es sie nicht gibt, werden die durch das Gesetz festgelegten Rechte von einer Person im nahen Familienkreis in nachfolgender Reihenfolge ausgeübt:

1. einem volljährigen Kind
2. einem Elternteil
3. einem volljährigen Bruder/Schwester des Patienten.

Wenn diese Person(en) nicht eingreifen möchte(n) oder wenn es sie nicht gibt, nimmt die betreffende Berufsfachkraft gegebenenfalls im Rahmen einer multidisziplinären Konzertierung die Interessen des Patienten wahr. Das gilt ebenfalls bei Konflikten zwischen zwei oder mehreren der vorerwähnten Personen.

- Die Rechtslage in Bezug auf die Vertretung des Patienten ist von Land zu Land unterschiedlich. Der Patient unterliegt der Rechtslage des Landes in dem er gepflegt bzw. behandelt wird.

Ich Unterzeichnende(r),

Name:

Vorname:

bestimme die nachstehend benannte Person mich zu vertreten, solange ich nicht in der Lage bin meine Rechte als Patient selbst auszuüben.

Identität des Patienten:

Name und Vorname:

.....

.....

Adresse:

.....

.....

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Ausgestellt zu (Ort),
den (Datum)

Unterschrift des Patienten:

Identität 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 WIDERRUFUNG DES BESTIMMTEN VERTRETERS

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

Information

Bei Widerrufung des bestimmten Vertreters wird empfohlen, die Personen, die ein Exemplar des Bestimmungsformulars erhalten haben, zu benachrichtigen.

Ich Unterzeichnende(r),

Name:

Vorname:

widerrufe hiermit die Bestimmung der nachstehenden
Person als Vertreter vom/...../.....

Identität des abberufenen Vertreters:

Name und Vorname:

.....
.....

Adresse:

.....
.....

Telefonnummer:

.....

Geburtsdatum:

.....

Ausgestellt zu (Ort),
den (Datum)

Unterschrift des Patienten:

4. ALLGEMEINE GRUNDSATZERKLÄRUNG

Ich Unterzeichnende(r),

Name:

Vorname:

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

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

Mein Wille trifft zu in folgenden Situationen:

(bitte alles Zutreffende 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 **Hirnabbau-**
prozesses z.B. bei sehr weit fortgeschrittener
Demenz.

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

☐ andere:
.....
.....
.....

Wenn der behandelnde Arzt das Zutreffen dieser Si-
tuation(en) nach bestem ärztlichen Wissen und Ge-
wissen hat feststellen können, beinhaltet mein Wille
Folgendes (bitte alles Zutreffende ankreuzen):

☐ Man soll an mir **ein natürliches Sterben nicht ver-
hindern** durch **lebensverlängernde Maßnahmen**,
wenn jede lebensverlängernde Maßnahme ohne
Aussicht auf Besserung ist und mein Leben nur
künstlich verlängern würde. Im Falle von Organ-
spende (siehe Seite 15) werden jedoch die dazu
notwendigen Behandlungen fortgesetzt.

☐ Ich möchte **Palliativpflege**.

Was ist Palliativpflege?

Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsa-
me 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 Lebens-
verkürzung nicht auszuschließen ist.

Ich möchte sterben können (bitte alles Zutreffende
ankreuzen):

☐ nach Möglichkeit in Nähe und Kontakt mit meinen
Angehörigen und mir nahe stehenden Personen;

☐ nach Möglichkeit in meiner vertrauten Umgebung;

☐
.....
.....
.....

Fortsetzung und Unterschrift auf Seite 10

4. ALLGEMEINE GRUNDSATZERKLÄRUNG FOLGESEITE

Information

Es ist empfehlenswert, die Patientenverfügung 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.

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

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.This image shows a full page of primary-ruled paper. It features multiple sets of horizontal lines, each consisting of a solid top line, a dashed middle line, and a solid bottom line, providing a guide for letter height and placement. The paper is otherwise blank, with no text or other markings.

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

Unterschrift des Patienten:

Ggf. Name und Unterschrift des Arztes:

Stempel:

Erneute Unterschrift und Datum:

Erneute Unterschrift und Datum:

Erneute Unterschrift und Datum:

5. NEGATIVE VORGEZOGENE WILLENSERKLÄRUNG

MIT DEM BEHANDELNDEN ARZT ODER MIT
DEM BEZUGSKRANKENPFLEGER AUSZUFÜLLEN

Information

Durch eine negative Willenserklärung erklärt der Patient bereits im Voraus verschiedene Behandlungen zu verweigern für den Fall, dass er seinen Willen nicht mehr äußern kann.

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 dem 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 Unterzeichnende(r),

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 alles Zutreffende 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 Krankheitsgeschichte 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.

5. NEGATIVE VORGEZOGENE WILLENSERKLÄRUNG FOLGESEITE

MIT DEM BEHANDELNDEN ARZT ODER MIT
DEM BEZUGSKRANKENPFLEGER AUSZUFÜLLEN

Information

Es wird empfohlen, mit dem
den behandelnden Arzt im
Gespräch zu bleiben und
die Verfügung gegebenen-
falls anzupassen.

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

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

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

Name und Vorname des **Vertreters**:

.....
.....

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:

.....

Adresse:

.....

NISS-Nummer:

Geburtsdatum/-ort:

Telefonnummer:

Ggf. Verwandtschaftsgrad:

Ausgestellt zu (Ort),
den (Datum)

Unterschrift des Patienten:

Ggf. Unterschrift des Vertreters:

Ggf. Unterschrift des stellvertretenden
Schreibers der Willenserklärung:

Ggf. Unterschrift und Stempel des behandelnden
Arztes oder des Bezugskrankenpflegers:

.....
.....

6. VORGEZOGENE WILLENSERKLÄRUNG MIT BEZUG AUF EUTHANASIE

MIT DEM BEHANDELNDEN ARZT ODER MIT
DEM BEZUGSKRANKENPFLEGER AUSZUFÜLLEN

Gesetz vom 28. Mai 2002 über die Sterbehilfe



Information

Die vorgezogene Willenserklärung mit Bezug auf Euthanasie **darf nicht verwechselt werden** mit der Euthanasieanfrage eines Patienten mit einer schweren, unheilbaren Krankheit **bei Bewusstsein**.

Die vorgezogene Willenserklärung mit Bezug auf Euthanasie gilt nur, wenn der Betroffene:

- von einem schlimmen und unheilbaren unfall- oder krankheitsbedingten Leiden befallen ist,
- **nicht mehr bei Bewusstsein** ist,
- diese Situation nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft unumkehrbar ist.

Die Erklärung kann im Bevölkerungsregister registriert werden. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

RUBRIK I: OBLIGATORISCHE DATEN

A. Gegenstand der vorgezogenen Willenserklärung

Ich Unterzeichnende(r),

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.
- ☐ 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:

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

NISS-Nummer:

Geburtsdatum/-ort:

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:

Adresse:
.....

NISS-Nummer:

Geburtsdatum/-ort:

Telefonnummer:

Ggf. Verwandtschaftsgrad:

Zeuge 2

Name und Vorname:

Adresse:
.....

NISS-Nummer:

Geburtsdatum/-ort:

Telefonnummer:

Ggf. Verwandtschaftsgrad:

Mindestens einer der beiden Zeugen hat keinen materiellen Vorteil bei meinem Ableben.

6. VORGEZOGENE WILLENSERKLÄRUNG MIT BEZUG AUF EUTHANASIE FOLGESEITE

MIT DEM BEHANDELNDEN ARZT ODER MIT
DEM BEZUGSKRANKENPFLEGER AUSZUFÜLLEN

RUBRIK II: FAKULTATIVE DATEN

A. 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:

Adresse:

NISS-Nummer:

Geburtsdatum/-ort:

Telefonnummer:

Ggf. Verwandtschaftsgrad:

B. 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:

Adresse:

NISS-Nummer:

Geburtsdatum/-ort:

Telefonnummer:

Ggf. Verwandtschaftsgrad:

UNTERSCHRIFTEN

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

Unterschrift des Antragsstellers:

Unterschrift Zeuge 1:

Unterschrift Zeuge 2:

Ggf. Unterschrift der Vertrauensperson:

Ggf. Unterschrift des stellvertretenden
Schreibers der Willenserklärung:

Ggf. Unterschrift und Stempel
des behandelnden Arztes:

NUR AUSZUFÜLLEN, WENN VORHANDEN,
BZW. EIN WILLE DIESBEZÜGLICH MITGETEILT
WERDEN SOLL

Alle Belgier kommen prinzipiell als Organspendender in Frage. Jeder hat jedoch das Recht, die Entnahme abzulehnen sowie seinen Willen im Hinblick auf eine Organspende zu bestätigen. Generell ist es empfehlenswert seinen Willen hinsichtlich der Organspende zu registrieren oder mit seinem Umfeld zu besprechen. Weitere Informationen sind unter <https://www.health.belgium.be/de/organspende-neue-modalitaeten-ab-dem-1-juli-2020> erhältlich.

-
-
-
-

- ☐ Ich habe meine Verweigerung zur Organspende im Bevölkerungsregister registrieren lassen

-

[illegible]

15



MEINE PATIENTEN- VERFÜGUNG

Neuaufgabe 2023

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, Vorname)
habe folgende Personen benannt:

Hausarzt:

Vertrauensperson:

Vertreter:

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

