

# Patientenverfügung<sup>1</sup>



Ich, \_\_\_\_\_ (Vorname, Name) \_\_\_\_\_ (Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_ (Anschrift) \_\_\_\_\_ (Telefon)

verfüge, bis auf Widerruf, falls ich nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äußern, dass in den nachfolgend genannten Situationen meine getroffenen Entscheidungen beachtet werden.

- | Ja                       | Nein                     | Situationen, für die diese Verfügung gilt,  |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im Sterbeprozess befinde.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ich mich im Endstadium (z. B. hohe Symptomlast, Sedierung) einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst, wenn der Todeszeitpunkt unabsehbar ist.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzt*innen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist. Das gilt, selbst wenn gelegentlich Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für eine indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen – einschließlich Wachkoma. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustands aber äußerst unwahrscheinlich ist. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ich infolge eines sehr 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 nehmen  |

## Zum Einsatz von lebensverlängernden Maßnahmen entscheide ich mich wie folgt:

- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Herz-Kreislauf-Wiederbelebung durch Apparate und/oder Medikamente .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Herz-Kreislauf-Wiederbelebung durch manuelle Herzdruckmassage.....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ künstliche Beatmung über einen Tubus (Kunststoffrohr) in der Luftröhre.....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ künstliche Beatmung über eine Maske (Nase/Mund) .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ künstliche Blutwäsche bei Ausfall der Nierenfunktion (Dialyse) .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ künstliche Ernährung über Infusion, Magensonde (über Nase) oder Bauchdecke ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ künstliche Flüssigkeitszufuhr über Infusionen oder ins Unterhautfettgewebe ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Operation .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Transfusion (Übertragung von Blut oder Blutbestandteilen) .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Gabe von Antibiotika bei bakteriell-fieberhaften Entzündungen .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<sup>1</sup> Stand: 12/2021, (Hrsg: Home Care Berlin e.V., Brabanter Str.21, 10713 Berlin). Der Text dieser Patientenverfügung (Stand 5/2021) wurde von Home Care Berlin e.V. entwickelt: Nutzung von Textbausteinen aus dem entsprechenden Formular des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz.

指示書は日本語訳と照らし合わせながら、ドイツ語のページに手書きで記入の上、最後部に署名をして有効となります。可能な限り、医療の専門家に内容を説明してもらい、その専門家に相談者としての署名をもらいましょう。



## 事前医療指示書<sup>2</sup>

私、 \_\_\_\_\_ (名、姓) \_\_\_\_\_ (生年月日)

---

\_\_\_\_\_ (住所) \_\_\_\_\_ (電話番号)

私は、撤回のない限り、自分の意思を表現できなくなった場合、後に記す状況において私の決断が遵守されることを指示する。

### はい いいえ この事前医療指示書が有効となる状況

- 私が、不可避の死のプロセスにあるということがほぼ確実な状況にある時
- 私が、死亡時点は予測できないにしても、治癒の見込みがなく、かつ死に至る疾患の末期（例、症状が重い、鎮静処置下にある）にある時
- 脳の損傷の結果、私が物事を理解し、決定し、そして他の人と意思の疎通を計る能力が、恐らく決して戻ることなく消滅してしまったと経験ある二人の医師が、診断する時。これは、私の外部刺激への反応が時たま見られ、死亡時点が予測できない時にもあてはまる。これは覚醒昏睡（持続性植物状態）をも含む、事故や脳卒中、炎症による直接的な損傷だけでなく、蘇生措置やショック、あるいは急性呼吸不全の後に起きた間接的な脳の損傷にもあてはまることである。そのような状況では、ものを感じる能力がまだ残っていることもありうる、その状態の改善が恐らくないであろうということを、私は認識している。
- （例えば認知症による）脳機能の崩壊過程が極度に進行し、恒常的に人の助けを借りても栄養や水分の補給が自然な形ではできない時

延命処置について、私は以下のように決断する。

- |                                   | はい                       | いいえ                      |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ➤ 医療器具と（または）医薬品投与による心肺蘇生.....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ 手での心臓マッサージ.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ チューブ（プラスチック管）の気管挿入による人工呼吸.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ マスク（鼻/口）を使った人工呼吸.....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ 腎機能不全の際の人工血液透析（透析）.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ 点滴、胃管（経鼻）、または腹壁を通した人工的栄養補給..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ 点滴または皮下注射による人工的水分補給.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ 手術.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ 輸血（血液または血液成分の輸血）.....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ 細菌感染による発熱を伴う炎症の際の抗生物質の使用.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<sup>2</sup> 2021年12月版。（発行：Home Care Berlin e.V., Brabanter Str.21, 10713 Berlin）。事前医療事前指示書（2021年5月版）の文面は、連邦法務省の然るべき書式の諸文章を使用した上で、Home Care Berlin e.V.によって作成されたものを、デヤック友の会が試しました。



### Palliativ indizierte Maßnahmen

Ich weiß, dass einige der vorher genannten Maßnahmen (und auch andere Maßnahmen wie ableitende Systeme und Entlastungsoperationen), palliativ indiziert sein können und zur Linderung von quälenden Beschwerden und zur Verbesserung der Lebensqualität in meiner letzten Lebensphase beitragen können. In einem solchen Fall erlaube ich deren Anwendung, auch, wenn ich sie als lebensverlängernde Maßnahmen vorher ausgeschlossen habe. **Ja**  **Nein**

Ich erwarte eine menschliche, respektvolle und ganzheitliche Behandlung und Pflege in meiner letzten Lebenszeit. Auf die natürliche Stillung von Hunger und Durst, eine gute Mundpflege und eine fachgerechte Lagerung am Lebensende lege ich größten Wert.

Ich bitte um Hinzuziehung von palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Expertise und/oder die Einbindung eines SAPV-Teams (SAPV = Spezialisierte ambulante Palliativversorgung), wenn meine behandelnden Ärzt\*innen, das Pflegepersonal oder meine Bevollmächtigte/n den Eindruck haben, dass die Versorgung ansonsten nicht ausreichend und bedarfsgerecht ist.

Ich erbitte die bestmögliche Symptomkontrolle (Schmerzlinderung, Linderung von Atemnot, Übelkeit, Angst und anderen quälenden Symptomen) und nehme dafür auch in Kauf, dass meine Lebenszeit dadurch eventuell verkürzt werden könnte.

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
➤ Das schließt eine gezielte/palliative Sedierung mit ein (wissend, dass damit eine Lebensverkürzung einhergehen kann) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Außerdem**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Ich wünsche Kontakt zu/Besuch von meinen An- und Zugehörigen.    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Ich wünsche hospizlichen Beistand (ambulant und ggf. stationär). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Ich wünsche seelsorglichen/spirituellen Beistand ( _____ ) .     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Ich habe eine Vorsorgevollmacht/Betreuungsvollmacht erstellt.    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bevollmächtigt ist: \_\_\_\_\_

### In Bezug auf die bevollmächtigte/n Person/en entbinde ich die Ärzt/innen von der Schweigepflicht.

Ergänzende Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Die behandelnden Ärzt\*innen und Pflegepersonen fordere ich auf, mit der von mir bevollmächtigten Person oder Betreuer\*in die Maßnahmen abzustimmen, die im Verlauf meiner Einwilligungsunfähigkeit sinn-vollerweise zu ergreifen oder zu unterlassen sind, einschließlich Therapiezieländerungen und Behandlungsabbruch. Meinem hier zum Ausdruck gebrachten Willen ist zu entsprechen.

Im Rahmen der Beratung zur Erstellung der Patientenverfügung habe ich einen **Wertebogen** ausgefüllt. Dieser Bogen liegt dieser Patientenverfügung bei, damit sich sowohl die behandelnden Ärzt\*innen als auch meine Bevollmächtigte/n bei Unklarheiten daran orientieren können. **Ja**  **Nein**

Berlin, \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Die/Der Beratende bestätigt, dass die/der Verfögende zum Zeitpunkt der Beratung zur Person, zeitlich, örtlich und situativ orientiert war.

Eine ausführliche Beratung erfolgte am \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

指示書は日本語訳と照らし合わせながら、ドイツ語のページに手書きで記入の上、最後部に署名をして有効となります。可能な限り、医療の専門家に内容を説明してもらい、その専門家に相談者としての署名をもらいましょう。



### 緩和適用の処置

私は、前述の処置（また、それらに関連のあるシステムや症状緩和のための手術のような他の処置）が緩和医療として適用され得ること、苦痛を和らげ、私の人生の最後の時間の生活の質向上に貢献し得ることを理解している。そのような場合には、私は、これらの処置を延命処置として行うことを前もって望まなかった場合でも、こうした処置を行うことを許可する。

はい  いいえ

私は、人間的で敬意に満ち、かつ包括的な治療とケアを人生の最後に望む。人生の最後には、自然な状態で空腹とどの渇きを癒され、十分な口腔ケアが施され、専門的な臥位がなされることを重視する。

私は、治療中の医師、介護士、もしくは任意代理人が、十分かつニーズに応じたケアがこのままでは供給されないと判断した時、緩和医療と緩和介護の専門家、（または）SAPV チーム（SAPV=専門訪問緩和ケアチーム）に相談することを依頼する。

私はできる限りの症状のコントロール（痛み、呼吸困難、吐き気、恐怖心、またその他の苦しい症状の軽減）を求める。そして私の最後の時間がそれによって、場合によっては短くなるかもしれないことも承知する。

はい  いいえ

➤ これには意図した／緩和を目的とした鎮静含まれる。（これによって死期が近づくこともあり得ることをわかっている）

#### それに加えて

➤ 私は家族や親しい友人に連絡を取ることや訪問を受けることを望む

➤ 私はホスピスによるケア（在宅、あるいは施設）を望む

➤ 私は司牧によるまたはスピリチュアルなケアを望む（\_\_\_\_\_）

➤ 私は任理代理委任状/後見委任状を作成している

委任されている者： \_\_\_\_\_

#### 受任者に対し、私は医師を守秘義務から免除します。

追記事項： \_\_\_\_\_

私は治療にあたる医師と介護者に対し、私の任意代理人（受任者）か後見人とすべての措置を打ち合わせることを求める。その措置とは、私に同意能力がなくなっていく過程で行うべき、あるいは避けるべき措置であり、それは、治療方針の変更と治療の中断も含む。ここに記した私の意思は遵守されなければならない。

事前医療指示書作成の相談の一環として、私は「価値観についての記載」を作成した。この用紙治療にあたる医師と任意代理人が、不確かな状況時に参考とできるよう、この事前医療指示書に添付されている。

はい  いいえ

場所、日付： \_\_\_\_\_ 署名： \_\_\_\_\_

相談者は、指示作成者が相談の時点で、本人、時期、場所、状況を認識していたことを証明する。

詳細な相談は（日付） \_\_\_\_\_ （相談者名） \_\_\_\_\_ によって行われた。