

# Ergänzung zur Patientenverfügung COVID-19-Erkrankung

**DIE  
JOHANNITER**



## **Aus welchem Grund kann es sinnvoll sein, für den Fall einer Erkrankung an COVID-19 eine Ergänzung zu einer vorhandenen Patientenverfügung zu erstellen? Was muss beachtet werden?**

In einer Patientenverfügung sollten Sie Ihre Behandlungswünsche und Wertvorstellungen so individuell wie möglich formulieren. So kann sichergestellt werden, dass Ihr Wille auch umgesetzt wird, wenn Sie sich selbst nicht mehr dazu äußern können. Je genauer die Angaben sind, desto besser kann sich der behandelnde Arzt danach richten.

Diese Ergänzung ermöglicht es Ihnen, Ihre Patientenverfügung für den konkreten Fall einer COVID-19-Erkrankung zu erweitern und für diesen Fall bestimmte medizinische Maßnahmen einzubeziehen oder auszuklammern. Es ist ratsam, sich im Vorfeld zu den Auswirkungen einer COVID-19-Erkrankung beraten zu lassen, damit die Behandlungswünsche so konkret wie möglich schriftlich erläutert werden. Das ist wichtig, damit die Ärzte Ihre Wünsche auch tatsächlich berücksichtigen können.

# COVID-19-Erkrankung

Vor- / Nachname	
Geburtsdatum	
Straße / Hausnummer	
Postleitzahl / Ort	

Mit dieser Ergänzung werden meine Wünsche für den Fall, dass ich an COVID-19 erkrankte, ergänzend bzw. abweichend zu meiner Patientenverfügung vom \_\_\_\_\_ geregelt. Wenn sich meine gesundheitliche Lage aufgrund dieser Erkrankung so schwer entwickelt, dass ich nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu bilden oder mich verständlich zu äußern, lege ich Folgendes fest:

## 1. Atmung

<b>1.1. Beatmungsform</b>	
Ich wünsche <b>KEINE Beatmung</b> , nur eine Sauerstoffzufuhr. <b>Mir ist bewusst: Ist dies nicht ausreichend, werde ich mit hoher Wahrscheinlichkeit an der Erkrankung versterben.</b>	<input type="radio"/>
oder	
Ich wünsche nur eine <b>nicht-invasive Beatmung mittels einer fest anliegenden Maske auf Nase und Mund, jedoch KEINE Beatmung</b> über einen Schlauch in der Luftröhre (invasive Beatmung). <b>Mir ist bewusst: Ist dies nicht ausreichend, werde ich mit hoher Wahrscheinlichkeit an der Erkrankung versterben.</b>	<input type="radio"/>
oder	
Ich wünsche <b>alle Beatmungstherapien: Sowohl a) eine nicht-invasive Beatmung</b> mittels einer fest anliegenden Maske auf Nase und Mund <b>als auch b) eine Beatmung über einen Schlauch in der Luftröhre</b> (invasive Beatmung).	<input type="radio"/>
<b>1.2. Festlegung für eine Fortführung der Beatmung</b>	
Zeichnet sich allerdings ab, dass die intensivmedizinischen Maßnahmen nicht den erwünschten Erfolg haben und sich mein Zustand so verschlechtert, dass ein Überleben unwahrscheinlich ist, wünsche ich, dass die Maßnahmen unterlassen werden und auf eine palliativmedizinische Behandlung umgestellt wird.	<input type="radio"/>

## 2. Wiederbelebung (z. B. Herz-Druck-Massage bei einem Herzstillstand)

Ich wünsche eine <b>Durchführung</b> .	<input type="radio"/>
oder	
Ich wünsche <b>KEINE Durchführung</b> .	<input type="radio"/>

### 3. Ergänzungen (für die Gültigkeit der Zusatzklärung nicht erforderlich)

(Überlegungen, Angabe von Vorerkrankungen, Begründung, weshalb Maßnahmen gewünscht oder abgelehnt werden, was ist mir besonders wichtig?)

---

---

---

### 4. Schlussbemerkungen

- Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs dieser Zusatzklärung bekannt
- Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst
- Ich habe die Zusatzklärung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt
- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

### 5. Information / Beratung (für die Gültigkeit der Zusatzklärung nicht erforderlich)

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

\_\_\_\_\_

und beraten lassen durch \_\_\_\_\_

### 6. Ärztliche Aufklärung / Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit (für die Gültigkeit der Zusatzklärung nicht erforderlich)

Herr / Frau \_\_\_\_\_

wurde von mir am \_\_\_\_\_

bezüglich der möglichen Folgen dieser Zusatzklärung aufgeklärt.

Er / Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Ort, Datum	Unterschrift Stempel der Ärztin / des Arztes
------------	--

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

### Bestätigung durch eine/n Zeugen/in (für die Gültigkeit der Zusatzklärung nicht erforderlich)

Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung von der / dem Verfasser / in selbst unterschrieben wurde.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------