

## Patientenverfügung für den Fall einer behandlungspflichtigen COVID-19-Erkrankung | Seite 1 von 2

### Ich

Vor- und Nachname | ggf. Geburtsname

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Telefon

bestimme für den Fall, dass ich an COVID-19 erkrankt bin und sich meine gesundheitliche Lage aufgrund dieser Erkrankung so schwer entwickelt, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, Folgendes:

- Ich wünsche eine **Maximaltherapie**. Das heißt, dass alle lindernden, medizinisch möglichen und angezeigten Behandlungen vorgenommen werden, um mein Leben zu erhalten. Mir ist bewusst, dass die gewünschte Maximaltherapie definierte Maßnahmen wie Herz-Lungen-Wiederbelebung (Reanimation); künstliche Beatmung mittels Beatmungsschlauch; künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr; Gabe von Antibiotika und Blutbestandteilen sowie Dialyse und ggf. weitere intensivmedizinische Maßnahmen beinhaltet.  Ja  Nein

— oder —

- Ich wünsche eine Krankenhausbehandlung, jedoch **keine Maximaltherapie**. Ich **verzichte** also bewusst auf intensivmedizinische Maßnahmen wie z. B. Wiederbelebung, künstliche Beatmung, künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe, Dialyse sowie andere indizierte intensivmedizinische Maßnahmen. Nichtinvasive Maßnahmen, wie z. B. Medikamentengabe oder Infusionen möchte ich jedoch auf der Normalstation in Anspruch nehmen.  Ja  Nein

— oder —

- Ich wünsche, dass meine Infektion **ausschließlich zu Hause bzw. an meinem aktuellen Aufenthaltsort** behandelt wird. Dies beinhaltet die eventuelle Sauerstoffgabe oder Therapie durch Medikamente vor Ort, jedoch den Verzicht auf eine Krankenhauseinweisung, Reanimation und Intensivtherapie, gleich welcher Art.  Ja  Nein

— oder —

- Ich wünsche ausschließlich lindernde Maßnahmen (**Palliativversorgung**). Ich wünsche die fachgerechte Mund- und Schleimhautpflege sowie Körperpflege und die Linderung von Symptomen wie Atemnot, Schmerzen, Übelkeit, Angst und Unruhe.  Ja  Nein

## Patientenverfügung für den Fall einer behandlungspflichtigen COVID-19-Erkrankung | Seite 2 von 2

■ Ich habe neben dieser Corona-Patientenverfügung bereits eine allgemeingültige Patientenverfügung erstellt.  Ja  Nein

■ Mir ist wichtig, dass für den Fall einer behandlungspflichtigen COVID-19-Erkrankung diese hier gemachten Behandlungswünsche Vorrang vor den Festlegungen meiner allgemeinen Patientenverfügung haben.  Ja  Nein

Nachfolgend habe ich weitere Erklärungen und meine persönlichen Vorstellungen zu einer Erkrankung an dieser schweren Infektionskrankheit zusammengefasst. Diese Ausführungen sollen dem Behandlungsteam als Entscheidungshilfe für medizinische Maßnahmen dienen.

---

---

---

---

---

---

---

---

Diese Verfügung für den Fall einer behandlungspflichtigen COVID-19-Erkrankung habe ich nach sehr sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie gilt als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Mir ist bekannt, dass ich diese Verfügung jederzeit ändern oder widerrufen kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift