

Patientenverfügung

Name: Geburtsdatum: Alter:
Geschlecht: Nationalität: Datum der Visite:
Ambulanz/Abteilung: Behandelnder Arzt: Allergien:

Ort: Datum:

Ich, (vollständiger Name)

Reisepass Nr.: Nationalität:
Adresse in Thailand: Adresse im Heimatland:
Telefonnummer: Email Adresse:

1. gebe die folgende Erklärung nach sorgfältiger Überlegung und in der vollen Verantwortung für mich selbst ab. Die Bedeutung und Tragweite meiner Erklärung ist mir bewusst, und insbesondere ist mir bekannt, dass diese Verfügung meine Ärzte, Betreuer oder Bevollmächtigte bindet. Mir ist auch klar, dass meine Entscheidung in einer der genannten Lebens- und Behandlungssituationen die benannten ärztlichen Maßnahmen abzulehnen, dazu führen kann, dass meine Lebenszeit verkürzt wird. Ich gebe die Erklärung schon jetzt für den Fall ab, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich mitteilen kann und mache damit Gebrauch von meinem Recht, das sich aus dem Thai Statut Nr. 12, des Nationalen Gesundheitsgesetzes aus dem Jahre 2550 ergibt. Diese Verfügung bringt meinen festen und beständigen Entschluss zum Ausdruck, lebensverlängernde Behandlungen für die im nachfolgenden beschriebenen Fälle abzulehnen.

2. Ich weise meine behandelnden Ärzte an, lebensverlängernde Behandlungen vorzuenthalten oder bereits eingeleitete Maßnahmen abubrechen, wenn diese lediglich dazu dienen, meinen Sterbensprozess zu verlängern und ich mich in einem Endstadium oder im Zustand ständiger Bewusstlosigkeit befinde. Für diesen Fall wünsche ich die Unterlassung der nachfolgend genannten Behandlungsmaßnahmen und bestätige dies durch meine Unterschrift.

Ich möchte keine(n)
Herzwiederbelebung _____ (Unterschrift)
Luftröhrenschnitt _____ (Unterschrift)
Künstliche Beatmung _____ (Unterschrift)
Ernährung per Magensonde _____ (Unterschrift)
Weiteres (präzisieren) _____ (Unterschrift)

3. Ich möchte in jedem Fall eine fachgerechte Körperpflege, Pflege der Mund- und Schleimhäute sowie Zuwendung und eine menschenwürdige Unterbringung. Insbesondere verlange ich, dass mir bei Schmerzen, Erstickungsängsten und Atemnot, Übelkeit, Angst sowie anderen qualvollen Zuständen und belastenden Symptomen Medikamente verabreicht werden, die mich von Schmerzen und größeren Belastungen befreien, selbst wenn dadurch mein Tod voraussichtlich früher eintreten wird.

Das medizinische Behandlungsteam soll meinen Wünschen wie folgt entsprechen:

1. Ich möchte zu Hause sterben _____
2. Ich bitte um folgenden geistlichen Beistand _____

Folgende Person hat von mir eine gesonderte Vorsorgevollmacht erhalten, die auch die Umsetzung dieser Patientenverfügung erfasst: (Name und Anschrift der Person)

Patientenverfügung

Name:

Geburtsdatum:

Alter:

Geschlecht:

Nationalität:

Datum der Visite:

Ambulanz/Abteilung:

Behandelnder Arzt:

Allergien:

Ich habe diese Verfügung in Anwesenheit der nachfolgend aufgeführten Zeugen ausgestellt, die dies durch ihre Unterschrift bestätigen.

Unterschrift _____
Erklärender

Unterschrift _____
Verwandter oder Bekannter

Unterschrift _____

Unterschrift _____

Vollständiger Name _____
Zeuge

Vollständiger Name _____
Zeuge

Verwandter oder Bekannter

Vollständiger Name _____ Beziehung _____

Reisepass- oder ID-Nr. _____ Adresse _____

_____ Telefonnummern _____

Zeuge

Vollständiger Name _____ Beziehung _____

Reisepass- oder ID-Nr. _____ Adresse _____

_____ Telefonnummern _____

Zeuge

Vollständiger Name _____ Beziehung _____

Reisepass- oder ID-Nr. _____ Adresse _____

_____ Telefonnummern _____

Anmerkung: Diese Erklärung dient der Umsetzung der Verfügung des Erklärenden, medizinische Behandlungen zu verweigern, basierend auf dem Thai Statut Nr. 12, des Nationalen Gesundheitsgesetzes aus dem Jahre 2550. Der Erklärende kann seine Willenserklärung zukünftig definieren und verdeutlichen, um sie seiner persönlichen Situation anzupassen.