

# Ergänzung zu meiner Patientenverfügung



## Mein Wille für den Fall, dass ich an COVID-19 erkrankte ...

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Mir ist bewusst, dass eine Erkrankung an COVID-19 insbesondere bei Personen mit hohem Lebensalter und Vorerkrankungen mit Atemnot einhergeht und lebensbedrohliche Auswirkungen haben kann. Bei schweren Verläufen kann durch einen Krankenhausaufenthalt mit künstlicher Beatmung die Erkrankung ggf. überstanden werden.

Für den Fall, dass ich an COVID-19 erkrankt bin und meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, erwarte ich in Ergänzung zu meiner Patientenverfügung vom \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ für die oben beschriebene Situation einer COVID-19-Erkrankung

- keine Verlegung in ein Krankenhaus **oder**
- eine Verlegung in ein Krankenhaus und dort:
  - eine Beatmung über eine Maske auf Nase und Mund (nicht invasive Beatmung) **oder**
  - keine Beatmung über eine Maske auf Nase und Mund (nicht invasive Beatmung)
  - eine Verlegung auf eine Intensivstation mit einer Beatmung über einen Schlauch in der Luftröhre (invasive Beatmung) **oder**
  - keine Verlegung auf eine Intensivstation mit einer Beatmung über einen Schlauch in der Luftröhre (invasive Beatmung)
  - eine künstlichen Blutwäsche (Dialyse) **oder**
  - keine künstlichen Blutwäsche (Dialyse)
- die Durchführung von wiederbelebenden Maßnahmen **oder**
- keine Durchführung von wiederbelebenden Maßnahmen
- eine adäquate Schmerz- und Symptomkontrolle, insbesondere die Linderung von Atemnot und Angst, unabhängig davon, ob ich im Fall einer COVID-19-Erkrankung in ein Krankenhaus verlegt werden oder in meiner häuslichen Umgebung verbleiben möchte und unabhängig davon, ob ich in dieser Verfügung medizinische Maßnahmen gewünscht oder abgelehnt habe. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Erläuterungen, Besonderheiten und Ergänzungen (z.B. zu Beweggründen, (weiteren) gewünschten oder abgelehnten Maßnahmen oder Vorerkrankungen):

---

---

---

---

---

**Aufklärung**

Ich wurde bei der Erstellung dieser Verfügung ärztlich beraten und aufgeklärt.

**oder**

Ich verzichte auf eine ärztliche Aufklärung im Rahmen der Erstellung dieser Verfügung

**Widerruf der Ergänzung der Patientenverfügung**

Mir ist bekannt, dass ich diese Ergänzung zur Patientenverfügung vom \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

**Unterschrift**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen in dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

---

*Ort, Datum, Unterschrift*

**Bestätigung durch eine/n Zeugin/Zeugen** *(Diese Zeugenbestätigung ist nicht erforderlich.)*

Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung von der Verfasserin/vom Verfasser selbst unterschrieben wurde.

---

*Ort, Datum, Unterschrift*