

Deutsche Hospiz Stiftung
Hohle Eiche 29

44229 Dortmund

Medizinische Patientenanzwaltschaft

Sollte ich,

Vor- und Zuname (Beauftragender)

Geburtsname

Straße / Nr.

PLZ / Wohnort

Telefonnummer

Geburtsdatum

aufgrund körperlicher oder geistiger Krankheit meine Wünsche ganz oder teilweise nicht mehr selbst äußern können,
beauftrage ich hiermit

Vor- und Zuname (Beauftragter)

Geburtsname

Straße / Nr.

PLZ / Wohnort

Telefonnummer

Geburtsdatum

mich in allen medizinischen Angelegenheiten zu vertreten. In diesem Zusammenhang entbinde ich den Arzt von der
Schweigepflicht dem Beauftragten gegenüber. Der Beauftragte hat zugesichert, sich dafür einzusetzen, daß im Falle
meiner Entscheidungsunfähigkeit meine Wünsche und Wertvorstellungen respektiert werden.
Außerdem erkläre ich hiermit (Gewünschtes bitte ankreuzen):

- ☐ In der beschriebenen Situation soll der nächste Hospizdienst eingeschaltet werden.
- ☐ Ich wünsche in der beschriebenen Situation den Beistand meiner Glaubensgemeinschaft / Kirche.
- ☐ Ich wünsche in der beschriebenen Situation eine palliativmedizinische (schmerztherapeutische) Behandlung.
- ☐ Ich befürworte eine Organspende und bejahe in diesem Zusammenhang eine vorübergehende, unterstützende Beatmung und weitere erforderliche Maßnahmen.
- ☐ Ich lehne eine Organspende unter allen Umständen ab.

Ort und Datum

Unterschrift des Beauftragenden

Unterschrift des Beauftragten