

# Pflegeverfügung

Von

Vorname: \_\_\_\_\_ Rufname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße/ Hs.Nr.: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Folgende **Pflegeverfügung** ist für den Fall gültig, in dem ich meinen Willen und meine Wünsche nicht mehr mitteilen und äußern kann.

Die Grundlage bildet zusätzlich meine **Patientenverfügung** vom: \_\_\_\_\_ und meine **Vorsorgevollmacht** vom: \_\_\_\_\_. Sollten beide Formulare nicht vorliegen, ist diese **Pflegeverfügung** dennoch **zu befolgen**. Sie enthält meine Werte und meine Wünsche.

## 1. Die Verfügung soll gelten

- wenn ich nachweislich durch eine dementielle, einer anderen psychischen oder physischen Veränderung/Erkrankung meine Wünsche nicht mehr äußern kann
- wenn ich weder verbal, noch nonverbal meinen Willen vermitteln kann
- wenn ich mich im Sterbeprozess befinde
- wenn ich durch eine Erkrankung oder altersbedingt pflegebedürftig bin.

## 2. Festlegung der körperpflegerischen Maßnahmen

- Ich wünsche die Körperpflege angepasst an die Notwendigkeit und zur Förderung meines Wohlbefindens. **Hierzu zählt:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- jeden \_\_\_\_\_ Tag wünsche ich eine Rasur oder Bartpflege (**Rasur auch bei Frauen beachten**)
- meine Haare müssen die Frisur beibehalten, die ich vor meiner Pflegebedürftigkeit getragen habe. Das bedeutet \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Sollte ich unter Inkontinenz leiden, möchte ich eine Versorgung mit Inkontinenzmaterial, angepasst an die Schwere der Erkrankung und zusätzlich eine gute Intimhygiene. Hier lege ich sehr viel Wert darauf, dass \_\_\_\_\_ tgl. eine Intimwäsche durchgeführt wird.
- Sollte ich meinen Kleiderwunsch nicht mehr äußern können, wünsche ich eine Kleidung, die der Witterung angepasst ist. Den Kleidungsstil soll dem angepasst werden, der sich im Kleiderschrank befindet.
- ich wünsche eine angemessene Mundhygiene und es ist darauf zu achten, dass die Zähne intakt sind und die Prothese, wenn nötig mit Haftcreme befestigt wird.
- es ist darauf zu achten, dass sowohl die Finger- wie auch die Fußnägel in einem gepflegten Zustand sind. (**bei Erkrankungen durch Diabetes mellitus ist besonders auf die Fußpflege zu achten**)

# Pflegeverfügung

## 3. Festlegung der ärztlich verordneten Maßnahmen

ich wünsche, dass Maßnahmen so eingehalten werden, wie vom Hausarzt/Facharzt verordnet.

**Das betrifft vor allem:**

- die Medikamentenabgaben und das richten der Medikamente nach dem aktuellen Plan
- die Insulinabgabe mit Blutzuckerbestimmung
- nötige Verbandswechsel (siehe auch Dekubitusbehandlung unten)
- Kompressionstherapie
- \_\_\_\_\_

ich wünsche, dass alle lebenserhaltenden, lebensverlängernden Maßnahmen unterlassen werden. **Die Wünsche müssen mit der Patientenverfügung übereinstimmen.**

es ist dafür zu sorgen, dass Schmerzen, Atemnot, Übelkeit und Ängste gelindert werden.

es ist darauf zu achten, dass ich in regelmäßigem Zeitfenster umgelagert werde.

es muss darauf geachtet werden, dass kein Druckgeschwür entsteht.

sollte bereits ein Druckgeschwür im Entstehen sein, ist dafür zu sorgen, dass ich eine Weichlagerung oder eine angepasste Versorgung mit einer Wechseldruckmatratze erhalte.

**wenn sich bereits ein Druckgeschwür gebildet hat, muss bei Bedarf eine Wundberatung mit einbezogen werden**

**Sollte es Symptomrelevant sein, wünsche ich eine Versorgung:** ( z.B. nach einer Operation, oder kurzfristigen Übergangslösung)

mit einer PEG – Sonde zur Ernährung (**so ich mich nicht im präfinalen Stadium befinde**)

zum Ausgleich und zur Zuführung von Flüssigkeit über PEG oder subkutanen Infusion, (**so ich mich nicht im präfinalen Stadium befinde**). ( **Patientenverfügung beachten** )

**Eine erforderliche Behandlung soll wenn möglich in diesem Krankenhaus stattfinden:**

**Krankenhaus:** \_\_\_\_\_

**auf keinem Fall möchte ich ins**

**Krankenhaus:** \_\_\_\_\_

## 4. Wünsche zu meinen Wohnangelegenheiten

Mein Wunsch ist, so lange es möglich ist, in meiner Wohnung zu bleiben. Für die Versorgung zu Hause wünsche ich mir:

Hilfe aus der Familie soweit es möglich ist, ohne sie jedoch zu überlasten

Hilfe durch den **Betreuungsdienst:** \_\_\_\_\_ oder durch Nachbarschaftshilfe von: \_\_\_\_\_

leben und wohnen wie ich es gewohnt bin

den Alltag so weit wie möglich selbst gestalten, dazu gehört: \_\_\_\_\_

wenn nötig eine Wohnraumanpassung für: \_\_\_\_\_

Hilfe bei Bedarf anfordern z.B. Hausnotruf

am sozialen Leben ( Dorfleben) trotz Hilfsbedarf teilnehmen können, dazu zählt: \_\_\_\_\_

bei Bedarf Essen auf Räder, durch: \_\_\_\_\_

# Pflegeverfügung

## 5. Festlegung meiner Versorgung durch einen Pflegedienst, Palliativdienst, Hospiz oder Umzug in ein Seniorenheim.

Sollte es nötig sein, dass ich einen ambulanten Pflegedienst benötige, möchte ich den Dienst von der Sozialstation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Bei der Begleitung in der Palliativversorgung wünsche ich mir:

(z.B. höhere Schmerzmedikation, auch, wenn sich dadurch meine Lebenszeit verkürzt ODER ich mein Umfeld nicht mehr wahrnehmen kann) (zu beachten ist die Patientenverfügung)

Palliativdienst / Hospiz von: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kann ich zuhause nicht mehr versorgt werden und es steht der Umzug in ein Pflegeheim an, möchte ich in das Seniorenheim: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

So lange es zu meiner **Sicherheit** und zu meinem Wohl erforderlich ist, bin ich in **meiner Wohnung** mit folgenden freiheitsentziehenden Maßnahmen einverstanden:

- |                          |                                 |                          |              |                          |             |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | Bettgitter                      | <input type="checkbox"/> | in der Nacht | <input type="checkbox"/> | auch am Tag |
| <input type="checkbox"/> | Therapietisch am Rollstuhl      |                          |              |                          |             |
| <input type="checkbox"/> | Sicherheitsgitter an der Treppe |                          |              |                          |             |
| <input type="checkbox"/> | _____                           |                          |              |                          |             |

\_\_\_\_\_

Unterschrift

Sollten die Maßnahmen in einer Tagespflege, einer Betreuungsgruppe oder in einem Seniorenheim erforderlich sein, muss das vom Gericht angeordnet und geprüft werden. (Wird vom Gericht regelmäßig geprüft und die Notwendigkeit neu bewertet).

Sowohl mein Betreuungsdienst, Pflegedienst, Tagespflege, Palliativdienst wie auch die Pflegedienstleitung im Seniorenheim sind berechtigt, meine Krankenunterlagen einzusehen.

ja       nein

\_\_\_\_\_ den: \_\_\_\_\_

Kopie der Pflegeverfügung an:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_