

# *Patientenverfügung*

Informationen in 10 Sprachen

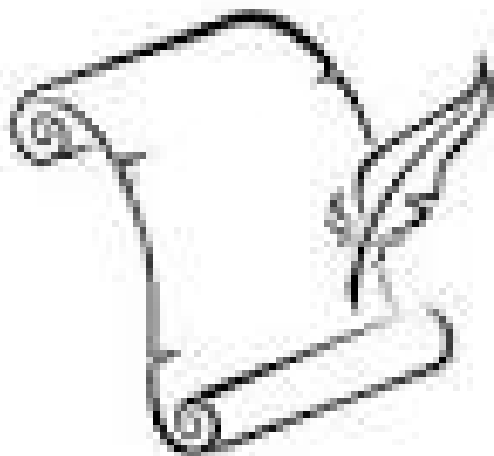
Consimtamantul Pacientului

Hasta Onami

LIVING WILL

распоряжение пациента

testament de vie



*testamento biologico*

Testament de Vie

الرغبة الأخيرة

testamento vital

ΔΙΑΘΕΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

In dieser Reihe noch erschienen:

- mehrsprachige Informationsbroschüre „Demenz“, Tübingen 2010
- mehrsprachige Informationsbroschüre „Ambulante Pflege“, Tübingen 2009
- mehrsprachige Informationsbroschüre „Essen auf Rädern“, Tübingen 2008

**Herausgeber:**

**InFö e.V.  
Interkulturelles Mehrgenerationenhaus**

**Frau Kiki Schuldt**

**Mauerstr.2**

**72070 Tübingen**

**Tel.: 07071/33005**

**Fax: 07071/33007**

**[schuldt@infoe-tuebingen.de](mailto:schuldt@infoe-tuebingen.de)**

**[www.infoe-tuebingen.de](http://www.infoe-tuebingen.de)**

gefördert vom:



## Vorwort

Zum Leben gehören: Geburt, Kindheit und Jugend, das Erwachsenwerden und das Altern. Auch schwere Krankheiten und der Tod sind ein Teil davon. Jeder Mensch macht sich deswegen auch Gedanken über die Zeit, in der er möglicherweise nicht in der Lage ist, über und für sich selbst zu entscheiden. Dann ist es gut, eine Patientenverfügung zu besitzen.

Es kann aber sein, dass verschiedene Kulturkreise hier in Deutschland mit den Themen Krankheiten und Tod unterschiedlich umgehen. In anderen Gesellschaften ist die Tradition der Großfamilie sehr präsent. Dort leben mehrere Generationen einer Familie zusammen und unterstützen sich in allen Lebensphasen. Dies ändert sich aber mit den Jahren, auch bei unseren Migrantinnen und Migranten.

Den hier lebenden Migranten mit all ihren kulturellen Unterschieden wird auch noch durch Sprach- und Informationsbarrieren der Zugang und die Nutzung von beratenden Hilfeangeboten erschwert. An diese Problematik setzen unsere mehrsprachigen Broschüren zu Gesundheit und Pflege im Alter an. Die vorliegende vierte Broschüre in dieser Reihe informiert Migrantinnen und Migranten in ihrer jeweiligen Muttersprache zum Thema **Patientenverfügung**. Um beim Sterben ihre ganz individuelle Werte berücksichtigen zu können, möchten wir diese Broschüre auch den Migranten zugänglich machen.

Im ersten Teil haben wir eine Zusammenstellung der wichtigsten Merkmale einer Patientenverfügung. Sie wird ergänzt von einer kleinen Auswahl an regionalen Beratungsstellen zum Thema Patientenverfügung in Tübingen. Am Ende folgt ein unverbindliches Musterformular.

## Inhaltsverzeichnis

Deutsch	S.4
Englisch	S.7
Italienisch	S.10
Arabisch	S.13
Russisch	S.16
Türkisch	S.19
Griechisch	S.23
Spanisch	S.26
Französisch	S.29
Rumänisch	S.32

## Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung regelt die medizinische Behandlung für später, falls Sie krankheitsbedingt nicht mehr für sich selbst entscheiden können. Darin geht es nur um medizinische Fragen und Sie legen fest, welche Behandlung Sie wünschen oder nicht.

Eine Patientenverfügung muss von Ihnen eigenhändig unterschrieben werden. Diese Verfügung ist nicht endgültig, Sie können diese zu jeder Zeit ändern. Es empfiehlt sich alle zwei Jahre die Unterschrift mit aktuellem Datum zu erneuern.

Nicht nur ältere Menschen können eine Patientenverfügung schreiben. Auch für jüngere Menschen kann sie sinnvoll sein, denn Unfall oder eine Krankheit kann einen Menschen zu jedem Zeitpunkt treffen. Sie müssen aber mindestens 18 Jahre sein.

Bevor sie die Patientenverfügung schreiben, kann ein Gespräch mit ihrem Hausarzt sinnvoll sein. Bei ihm könnten sie auch das Dokument aufbewahren oder bei einem ihnen vertrauten Angehörigen. Hinterlegen sie dafür im Geldbeutel zumindest einen Hinweiszettel, wo sich die Patientenverfügung befindet.



Mehr Informationen:

- Unabhängige Patientenverfügung Tübingen e.V.: Europaplatz 3, [Tel:07071-254436](tel:07071-254436), Sprechzeiten: montags 16-19 Uhr, donnerstags 10-13 Uhr oder nach Vereinbarung
- Patientenführsprecher am UKT, Sprechzeit: 1. Donnerstag im Monat, 17-18 Uhr oder nach Vereinbarung, CRONA-Klinikum, Ebene 4, Raum 224, Tel.: 07071-2987517
- [www.bmj-bund.de](http://www.bmj-bund.de)

## Patientenverfügung

Ich

Familienname:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

möchte für den Fall, dass ich nicht in der Lage bin, mich zu äußern, dass

### **1. diese Patientenverfügung für folgende Situationen gültig ist:**

- Wenn ich mich im Endstadium einer tödlich verlaufenden oder unheilbaren Krankheit befinde. Ja\_\_\_ Nein\_\_\_
- Wenn ich aufgrund einer Gehirnschädigung (z.B. durch Unfall, Tumore) erkrankt bin und der Tod noch nicht absehbar ist. Ja\_\_\_ Nein\_\_\_

### **2. in allen von mir unter Punkt 1 mit „Ja“ angekreuzten Situationen folgende Maßnahmen eingeleitet, unterlassen oder beendet werden:**

#### **Lebenserhaltende Maßnahmen**



- Ich wünsche, die Unterlassung aller lebenserhaltenden Maßnahmen, die nur den Todeszeitpunkt verzögern und dadurch mein Leiden unnötig verlängern würden. Ja\_\_\_ Nein\_\_\_

#### **Künstliche Ernährung**



- Wenn ich nicht mehr wie gewohnt essen kann, wünsche ich parenterale Ernährung (in die Vene). Ja\_\_\_ Nein\_\_\_
- Ich wünsche enterale Ernährung (direkt in den Magen). Ja\_\_\_ Nein\_\_\_

### Künstliche Flüssigkeitszufuhr



- Wenn ich nicht genug trinke oder trinken kann, wünsche ich mir eine künstliche Flüssigkeitszufuhr. Ja\_\_\_ Nein\_\_\_

### Künstliche Beatmung



- Es kann sein, dass ich so krank bin, dass ich nicht alleine atmen kann. Ich wünsche mir daher eine künstliche Beatmung. Ja\_\_\_ Nein\_\_\_
- Ich wünsche keine künstliche Beatmung, aber die Linderung von Atembeschwerden mit Medikamenten und pflegerischen Methoden. Ja\_\_\_ Nein\_\_\_

Ort, Datum.....

Unterschrift.....

Alle 2 Jahre: Ich habe mir meine Patientenverfügung noch einmal genau durchgelesen. Ich möchte nichts verändern.

---

Ort und Datum

Unterschrift

---

Ort und Datum

Unterschrift

## Living will

A living will (also known as “advance directive” or “health care directive”) deals with the end-of-life medical treatment if you can no longer communicate your decisions due to illness. It is a document which allows you to state your wishes about medical issues and determine which treatment should be administered.

A living will must be personally signed by you. The deed can be changed at any time and you are advised to renew the signature and date every two years.

Not only older people can write a living will. Even for younger people it may be useful because accident or illness can happen to a person at any time. However, you must be at least 18 years old.

Before writing the advance directive, you should talk with your family doctor. The document can left with your doctor or relatives. Ideally, you should keep a small piece of paper in your wallet explaining where the living will can be found.



More infos:

- Unabhängige Patientenverfügung (living will) Tübingen e.V.: Europaplatz 3, [Tel:07071-254436](tel:07071-254436), Consultation hours: Monday 16-19:00, Thursday 10-13:00 or by appointment
- Patientenführsprecher (Patient service spokesperson) am UKT, Consultation hours: Every Thursday of the month, 17-18 or by appointment, CRONA-Klinikum, Ebene 4, Raum 224, Tel.: 07071-2987517
- [www.bmj-bund.de](http://www.bmj-bund.de)

## Living will

I

Surname:.....

Forename:.....

Date of birth:.....

Adress:.....

in the event that I am unable to express myself, do hereby make known my desire that

### **1. My living will is applicable in the following situation:**

- If I am in the final stages of fatal or incurable disease. Yes \_\_\_ No \_\_\_
- If I am ill due to a brain injury (for example, by accidents, tumors) and death is not yet foreseeable. Yes \_\_\_ No \_\_\_

### **2. In point 1, where I have indicated „yes“, the following actions are to be introduced, desisted or terminated**

#### **Life sustaining measures**



- I wish that all manner of life support which only delay the time of death and prolong unnecessary suffering be desisted. Yes \_\_\_ No \_\_\_

#### **Artificial feeding**



- If I can no longer eat normally, I wish to be artificially fed through the vein (Parenteral nutrition). Yes \_\_\_ No \_\_\_
- I wish to be feed artificially directly into the stomach. (Enteral nutrition). Yes \_\_\_ No \_\_\_



**Artificial hydration**



- If I do not drink enough or cannot drink, I wish to be artificially hydrated.

Yes \_\_\_ No \_\_\_

**Artificial respiration**



- In the event that I am so sick that I cannot breathe without help, I wish to be provided with artificial respiration.

Yes \_\_\_ No \_\_\_

- I do not wish to be provided with artificial respiration, but the relief of respiratory distress with drugs and nursing.

Yes \_\_\_ No \_\_\_

Place/Date.....

Signature.....

I have reviewed my living will (every two years) and this is an accurate account as matters stand.

---

Date/Place

Signature

---

Date/Place

Signature

## Testamento biologico

Un testamento biologico stabilisce quali sono i trattamenti medici che verranno applicati in futuro, qualora a causa di una malattia non si sia più in grado di prendere decisioni in modo autonomo. Questo documento fa riferimento soltanto a disposizioni mediche e l'individuo decide a quali trattamenti sottoporsi o meno.

Un testamento biologico deve apportare la firma di propria mano. Questa disposizione non è definitiva e può essere cambiata in qualsiasi momento. Si consiglia di rinnovare ogni due anni la firma con la data attuale.

Non solo gli anziani possono scrivere un testamento biologico. Anche per i più giovani può essere utile, poichè può succedere in ogni momento di essere coinvolti in un incidente o di essere colpiti da una malattia. Bisogna però essere maggiorenni.

Prima di scrivere il testamento biologico è utile avere un colloquio con il proprio medico di base. Il documento può essere conservato presso l'ambulatorio del proprio medico o presso una persona di fiducia. Lasciate un'indicazione nel vostro portafoglio su dove si trova il testamento biologico.



### Informazioni:

- Unabhängige Patientenverfügung Tübingen e.V.: Europaplatz 3, Tel:07071-254436, orario di apertura: lunedì 16-19, giovedì 10-13 o su appuntamento
- Patientenführsprecher am UKT, orario di apertura: 1. giovedì del mese, 17-18 o su appuntamento, CRONA-Klinikum, 4 piano, stanza 224, Tel.: 07071-2987517
- [www.bmj-bund.de](http://www.bmj-bund.de)

## Testamento biologico

Io

cognome:.....

nome:.....

data di nascita:.....

indirizzo:.....

nel caso in cui io non sia più in grado di esprimere la mia volontà, desidero che

### **1. questa disposizione sia valida nelle seguenti situazioni:**

- se mi trovo allo stadio finale di una malattia che porta alla morte o incurabile  
si\_\_\_ no\_\_\_
- se sono malato a causa di un danno cerebrale (per esempio, a causa di un incidente, di un tumore) e la morte non è ancora in previsione.  
si\_\_\_ no\_\_\_

### **2. in tutte le situazioni del punto 1 contrassegnate con „sì“ vengano avviate, tralasciate o interrotte le seguenti misure:**

#### **Mantenimento in vita artificiale**



- Desidero che sia tralasciata ogni misura per il mantenimento in vita artificiale atta a posticipare il momento della morte e, di conseguenza, ad allungare la mia sofferenza inutilmente  
si\_\_\_ no\_\_\_

#### **Nutrizione artificiale**



- Se non riesco a nutrirmi come d'abitudine, desidero ricevere un supporto nutrizionale per via parenterale (in vena)  
si\_\_\_ no\_\_\_
- Desidero ricevere il nutrimento per via enterale (direttamente nello stomaco)  
si\_\_\_ no\_\_\_

## Idratazione artificiale



- Se non riesco a bere o a bere a sufficienza, desidero ricevere liquidi artificialmente  
si \_\_\_ no \_\_\_

## Respirazione artificiale



- Può succedere che io sia talmente malato che non possa più respirare da solo. Desidero in questo caso la respirazione artificiale  
si \_\_\_ no \_\_\_
- Non voglio ricevere la respirazione artificiale, ma alleviare i dolori durante la respirazione con medicinali e metodi di assistenza.  
si \_\_\_ no \_\_\_

Luogo, data.....

Firma.....

Ogni 2 anni: ho riletto con attenzione il mio testamento biologico.  
Non intendo apportare modifiche.

---

Luogo e data

firma

---

Luogo e data

firma

## توصيات مسبقة للمريض

تعليمات مسبقة تنظم العلاج الطبي في وقت لاحق في الحالة التي لم يعد الانسان قادرا على ان يقرر بنفسه بسبب المرض

هنا فقط كل شيء عن المسائل الطبية وتحديد طريقة العلاج التي يرغب بها المريض او التي يرفضها

ويجب ان يتم توقيع هذه التوصيات باليد من قبلك شخصا وهي غير نهائية حيث بإمكان المرء تغييرها في اي وقت ومن المستحسن تجديد التوقيع والتاريخ كل سنتين

ليس فقط كبار السن بإمكانهم كتابة توصياتهم وانما الشباب ايضا يمكنهم كتابة توصياتهم لان الانسان معرض للحوادث والامراض في اية لحظة

ولكن يجب ان لا يقل عمره عن الثمانية عشرة سنة

وقد يكون مفيدا قبل كتابة التوصيات التحدث مع طبيب العائلة ويمكن ترك وثيقة عنده او عند احد الاقارب الموثوقين



للمزيد من المعلومات :

- Unabhängige Patientenverfügung Tübingen e.V : Europaplaz 3 ,Tel.: 07071-254436  
اوقات الدوام او العمل : كل اثنين من الساعة الرابعة حتى الساعة و كل خميس من الساعة العاشرة حتى الواحدة

- Patientenführsprecher am UKT , اوقات الدوام ,  
CRONA-Klinikum , الطابق الرابع , Tel. : 07071 -2987517 -224

- [www.bmj.bund.de](http://www.bmj.bund.de)

## تعليمات وتوصيات مسبقة للمريض ( نموذج )

انا  
النسبة / الكنية :  
الاسم :  
تاريخ الميلاد :  
العنوان :  
اود في الحالة التي لا اكون قادرا على التعبير و الكلام ان :

1 - هذه الرغبة والتوصيات صالحة وسارية المفعول في الحالات التالية :

عندما اكون في المراحل النهائية من المرض المميت او الغير قابل للشفاء :

- نعم  لا
- عندما اكون مريضا بسبب اصابة في الدماغ نتيجة حادث او نتيجة اورام والوفاة غير واضح حتى الان :  
نعم  لا

2 - في الحالات التي في الفقرة ( 1 ) والتي حددت ب نعم التدابير التالية يتم الانتهاء منها او تركها:

تدابير دعم الحياة / اجراءات الحفاظ على الحياة



- اود ترك جميع اجراءات وتدابير دعم الحياة والتي فقط تؤدي الى تاخير وقت الوفاة وبالتالي اطالة امد الحياة دون داع :  
نعم  لا

التغذية الاصطناعية



- عندما لا استطيع تناول الطعام كالمعتاد بشكل طبيعي اتمنى ان يتم تغذيتي عن طريق الوريد :  
نعم  لا
- اتمنى ان تتم تغذيتي مباشرة الى المعدة / التغذية المعوية :  
نعم  لا

## الترطيب الاصطناعي ( السوائل )



- عندما لا يستطيع شرب الماء والسوائل بشكل كافي او لا يستطيع الشرب نهائيا اتمنى ان يتم سقائتي بشكل اصطناعي  
 نعم  لا

## التنفس الاصطناعي



- من المحتمل اكون مريضا جدا ولا استطيع التنفس اتمنى في هذه الحالة اجراء التنفس الاصطناعي لي  
 نعم  لا
- لا اريد التنفس الاصطناعي ولكن اريد التخفيف من ضيق التنفس عن طريق الادوية وطرق العناية  
 نعم  لا

## المكان والتاريخ

التوقيع

كل سنتين : لقد قرأت التوصيات بدقة مرة اخرى ولا اود تغييرها

المكان و التاريخ

التوقيع

المكان والتاريخ

التوقيع

## Распоряжение пациента

В распоряжении пациента пациент определяет, какие медицинские действия должны быть или не должны быть предприняты, когда он будет в недееспособном состоянии и не сможет самостоятельно изъяслять свою волю.

Распоряжение пациента на случай недееспособности должно быть составлено в письменном виде и подписано. Оно не является окончательным и может быть изменено в любое время.

Рекомендуется обновлять его каждые два года подписью и новой датой.

Не только пожилые люди могут составить распоряжении пациента. Оно может иметь очень важное значение и для молодых в случае болезни или после несчастного случая. Распоряжение пациента составляется после достижения 18-летнего возраста.

Перед составлением распоряжения пациента рекомендуется побеседовать с лечащим врачом. Документ можно хранить у него или у любого другого доверительного лица. Желательно иметь в кошельке записку с указанием места хранения распоряжения пациента



Дополнительная информация:

- Независимое объединение распоряжения пациента Тюбингена: (Unabhängige Patientenverfügung Tübingen e.V.): Europaplatz 3, [Tel:07071-254436](tel:07071-254436), время приема: по-понедельникам 16-19 ч., по-четвергам 10-13 ч. или по записи.
- Поверенный по делам пациентов в университетской клинике Тюбингена (UKT), время приема: каждый первый четверг месяца, 17-18 ч. или по записи, CRONA-Klinikum, уровень 4, кабинет 224, Tel.: 07071-2987517
- [www.bmj-bund.de](http://www.bmj-bund.de)



## Распоряжение пациента

Я

Фамилия:.....

Имя:.....

Дата рождения:.....

Адрес:.....

желаю на случай потери дееспособности следующее:

### **1. Данное распоряжение пациента действительно :**

- Если я нахожусь в последней стадии смертельной или неизлечимой болезни. да\_\_\_ нет\_\_\_
- Если я болен в результате повреждения мозга (напр.. после несчастного случая, опухоли), и летальный исход не предвидится да\_\_\_ нет\_\_\_

### **2. В тех случаях, когда я в первом параграфе ответил „да“, следующие меры должны быть предприняты, не должны быть предприняты или должны быть закончены:**

#### **Меры, способствующие продлению жизни**



- Я желаю, чтобы меры, способствующие продлению жизни, которые только оттягивают момент смерти этим ненужно продляют мои страдания, не предпринимались да\_\_\_ нет\_\_\_

#### **Искусственное питание**



- Если я не могу нормально принимать пищу, то желаю парентеральное питание (путем внутривенной инфузии). да\_\_\_ нет\_\_\_
- Я желаю кормление через зонд (напрямую в желудок) да\_\_\_ нет\_\_\_

## Искусственное введение жидкости



- Если я недостаточно пью или не могу пить, то желаю искусственное введение жидкости да\_\_\_ нет\_\_\_

## Искусственное дыхание



- Если я в результате болезни не могу самостоятельно дышать, то желаю искусственную вентиляцию легких да\_\_\_ нет\_\_\_
- Я не желаю искусственную вентиляцию легких, но облегчение проблем с дыханием посредством медикаментов и ухода возможно да\_\_\_ нет\_\_\_

место, дата.....

подпись.....

Каждые два года: Я еще раз внимательно прочитал(а) мое распоряжение пациента. Я не хочу никаких изменений.

---

место и дата

подпись

---

место и дата

подпись

## Hasta Onamı (Patientenverfügung)

Hasta Onamı tedaviyi uygulayan kurumların ve bakımından sorumlu olan kişilerin, eğer hasta kişi hayatı hakkında karar veremeyecek durumda ise, onun adına ve isteklerini göz önünde tutarak karar vermeyi düzenleyen talimatnamedir.

Bu talimatnamede her kişi, hastalık anında kendi isteklerini dile getiremeyeceği zamanlar için, yalnız tıbbi tedavi ve bakım ile ilgili isteklerini belirtir.

Her **hasta onamının** hüküm veren kişi tarafından kendi eliyle imzalanmış olması şarttır. Bu talimatname sonsuz ve kesin değildir. Veren kişi onu her zaman değiştirebilir. Her iki senede bir imzanın güncel bir tarihle yenilenmesini kesinlikle tavsiye ederiz.

Hasta onamı yalnız yaşlı kişilere tabi bir şey değildir. Genç kişilerde böyle bir talimatname verebilirler. Çünkü her insan, her zaman bir hastalık veya kaza ile karşılaşabilir ama bir hastalık onamı verebilmeniz için 18 yaşından büyük olmanız gerekmektedir.

Hastalık onamınızı doldurmadan evvel ev doktorunuzla konuşmanın faydalı olabileceğini belirtmek isteriz. Aynı zamanda verdiginiz hastalık onamınızı doktorunuzda veya güvendiğiniz bir yakınınızda emanete bırakabilirsiniz. Yalnız unutmamak için ve yakınlarınıza kolaylık olsun diye para çantanızda hasta onamının kimde olduğunu gösteren bir not bulunmasını önemle tavsiye ederiz.



Artı enformasyonlar:

- Unabhängige Patientenverfügung Tübingen e.V.: Europaplatz 3, [Tel:07071-254436](tel:07071-254436), Sprechzeiten: montags 16-19 Uhr, donnerstags 10-13 Uhr oder nach Vereinbarung
- Patientenführsprecher am UKT, Sprechzeit: 1. Donnerstag im Monat, 17-18 Uhr oder nach Vereinbarung, CRONA-Klinikum, Ebene 4, Raum 224, Tel.: 07071-2987517
- [www.bmj-bund.de](http://www.bmj-bund.de)

## Patientenverfügung (hastalık onamı)

Ich (*ben*)

Familiyename (*soyadım*):.....

Vorname (*adım*):.....

Geburtsdatum (*doğum tarihim*):.....

Adresse (*adresim*):.....

möchte für den Fall, dass ich nicht in der Lage bin, mich zu äußern, dass  
(*karar verme yetimim sınırlandığı durumda..*)

### **1. diese Patientenverfügung für folgende Situationen gültig ist:**

(*bu hastalık onamı şu anlar için geçerlidir:*)

- Wenn ich mich im Endstadium einer tödlich verlaufenden oder unheilbaren Krankheit befinde.

(*ölümcül bir hastalığın son safhasında bulunuyorsam veya çaresiz bir hastalık geçiriyorsam*)  
Ja (*evet*)\_\_\_Nein (*hayır*)\_\_\_

- Wenn ich aufgrund einer Gehirnschädigung (z.B. durch Unfall, Tumore) erkrankt bin und der Tod noch nicht absehbar ist.

(*Beynim örneğin kaza neticesi veya tümör kanserinden dolayı hastalanmışsa ve ölüm sürecim tahmin edilemiyorsa*)  
Ja (*evet*)\_\_\_Nein (*hayır*)\_\_\_

### **2. in allen von mir unter Punkt 1 mit „Ja“ angekreuzten Situationen folgende Maßnahmen eingeleitet, unterlassen oder beendet werden:**

(*Birinci Madde içinde „evet“ ile tasdiklediğim şartlar altında şu tedbirlerin alınması veya alınmaması veya durdurulması..*)

### **Lebenserhaltende Maßnahmen (*hayat uzatıcı tedbirler*)**



- Ich wünsche, die Unterlassung aller lebenserhaltenden Maßnahmen, die nur den Todeszeitpunkt verzögern und dadurch mein Leiden unnötig verlängern würden.

*(Tek ölüm sürecimi geciktirmek için beni hayatta tutan ve böylece ızdırabımı uzattırarak hiç bir tedbirin alınmaması veya o tedbirlerin durdurulması) Ja (evet)\_\_\_Nein (hayır)\_\_\_*

### **Künstliche Ernährung** *(suni gıda)*



- Wenn ich nicht mehr wie gewohnt essen kann, wünsche ich parenterale Ernährung (in die Vene).

*(Normal yoldan gıda alamadığım zaman parenteral beslenim - damar yolu ile - istiyorum)*

Ja (evet)\_\_\_Nein (hayır)\_\_\_

- Ich wünsche enterale Ernährung (direkt in den Magen).

*(Enteral gıdalanmak – ağızdan mideye beslenim – istiyorum*

Ja (evet)\_\_\_Nein (hayır)\_\_\_

### **Künstliche Flüssigkeitszufuhr** *(suni sıvı içirimi)*



- Wenn ich nicht genug trinke oder trinken kann, wünsche ich mir eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

*(yeterli miktarda sıvı içemediğim veya içemediğim zaman suni sıvı yüklenimi istiyorum)*

Ja (evet)\_\_\_Nein (hayır)\_\_\_

### **Künstliche Beatmung** *(suni nefeslendirme)*



- Es kann sein, dass ich so krank bin, dass ich nicht alleine atmen kann. Ich wünsche mir daher eine künstliche Beatmung.

*(Ağır bir hastalık dolayısı kendim nefes alamayacak duruma düşbilirim. Bu sebepten suni nefeslendirilmemi istiyorum)*

Ja (evet)\_\_\_Nein (hayır)\_\_\_

- Ich wun sche keine kun stliche Beatmung, aber die Linderung von Atembeschwerden mit Medikamenten und pflegerischen Methoden.

*Suni nefeslendirimeyi istemiyorum ama nefes alabilmemi kolaylařtıracak İlaçlar ve bakım metodları uygulanabilir.*

Ja (evet)\_\_\_\_ Nein (hayır)\_\_\_\_

Ort, Datum (yer ve tarih) .....

Unterschrift (imza) .....

Alle 2 Jahre (her iki senede bir): Ich habe mir meine Patientenverfügung noch einmal genau durchgelesen. Ich mo chte nichts verän dern.

*(Ben bu hasta onamını dikkatle okudum ve herhangi bir řeyi deęiřtirmek istemiyorum)*

---

Ort und Datum (yer ve tarih)

Unterschrift (imza)

---

Ort und Datum (yer ve tarih)

Unterschrift (imza)

## Διαθεση ασθενων

Μια εκ των προτέρων οδηγία ρυθμίζει την ιατρική θεραπεία για αργότερα, σε περίπτωση που δεν μπορείτε εσείς πλέον να αποφασίσετε για τον εαυτό σας λόγω ασθένειας. Έχει σχέση με ιατρικά θέματα και καθορίζετε από εσάς για το ποια θεραπεία επιθυμείτε ή όχι.

Μια οδηγία θα πρέπει να υπογράφεται προσωπικά από εσάς. Αυτή η απόφαση δεν είναι οριστική, μπορείτε να την αλλάξετε ανά πάσα στιγμή. Συνιστάται κάθε δυο χρόνια να ανανεώνεται η υπογραφή της απόφασης με την τρέχουσα ημερομηνία.

Όχι μόνο οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας μπορούν να γράψουν μια οδηγία. Ακόμη και για τους νεότερους ανθρώπους μπορεί να είναι χρήσιμη, διότι μπορεί κανείς ανά πάσα στιγμή να προσβληθεί από μια ασθένεια ή να πάθει ένα ατύχημα. Ωστόσο θα πρέπει να είστε τουλάχιστον 18 ετών.

Πριν υπογραψετε μια διαθεση ασθενων, μπορεί να είναι χρήσιμο να μιλήσετε με τον οικογενειακό σας γιατρό. Σε αυτόν θα μπορούσατε επίσης να δώσετε το έγγραφο να το φυλάει ή σε έναν έμπιστο συγγενή. Σε αυτή την περίπτωση τοποθετείστε τουλάχιστον ένα ενδεικτικό σημείωμα για το πού βρίσκεται η οδηγία.



Περισσότερες πληροφορίες:

- Unabhängige Patientenverfügung Tübingen e.V.: Europaplatz 3, [Τηλ:07071-254436](tel:07071-254436), Ωράριο επικοινωνίας: δευτέρες 16-19 , πέμπτες 10-13 ή κατόπιν ραντεβού
- Patientenführsprecher am UKT, Ωράριο επικοινωνίας: 1. πεμπτη του μηνα, 17-18 ή κατόπιν ραντεβού, CRONA-Klinikum, όροφος 4, γραφείο 224, Τηλ.: 07071-2987517
- [www.bmj-bund.de](http://www.bmj-bund.de)

## ΔΙΑΘΕΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Εγώ

Επίθετο:.....

Όνομα:.....

Ημερομηνία γέννησης:.....

Διεύθυνση:.....

επιθυμώ σε περίπτωση που δεν είμαι σε θέση να εκφράσω ότι :

### 1. αυτή η οδηγία ισχύει για τις ακόλουθες καταστάσεις:

- Αν βρίσκομαι σε τελικό στάδιο μιας θανατηφόρας ή ανίατης ασθένειας. Ναι \_\_\_ Όχι \_\_\_
- Αν είμαι άρρωστος εξ αιτίας ενός τραυματισμού του εγκεφάλου (π.χ από ατύχημα, κακοηθι όγκο) και το τέλος ακόμη δεν είναι προβλεπόμενος. Ναι \_\_\_ Όχι \_\_\_

### 2. σε όλες τις περιπτώσεις στο σημείο 1 που απαντήθηκαν με „Ναι“ τα ακόλουθα μέτρα θα παραληφθούν ή θα αποπερατωθούν.

### Μέτρα διατηρήσεις της ζωής



- Επιθυμώ την παράληψη όλων των υποστηρικτικών μέτρων που μόνο στην καθυστέρηση της ώρας του θανάτου βοηθούν παρατείνοντας έτσι την ταλαιπωρία μου χωρίς λόγο. Ναι \_\_\_ Όχι \_\_\_

### Τεχνητή Διατροφή



- Εάν δεν μπορώ να φάω κανονικά, θα επιθυμούσα να τρεφόμεν μέσω παρεντερικής χορήγησης (ενδοφλέβια) . Ναι \_\_\_ Όχι \_\_\_
- Επιθυμώ εντερική διατροφή (κατευθείαν στο στομάχι). Ναι \_\_\_ Όχι \_\_\_



## Τεχνητή λήψη υγρών



- Αν δεν πίνω αρκετό νερό ή δεν μπορώ, επιθυμώ τη χορήγηση τεχνητής λήψης υγρών. Ναι\_\_\_Όχι\_\_\_

## Μηχανική υποστήριξη αναπνοής



- Σε περίπτωση που είμαι τόσο άρρωστος που δεν μπορώ φυσιολογικά να αναπνέω, επιθυμώ τότε να μου παρέχεται μηχανική υποστήριξη αναπνοής. Ναι\_\_\_Όχι\_\_\_
- Δεν επιθυμώ μηχανική υποστήριξη αναπνοής αλλά ανακούφιση της αναπνευστικής δυσχέρειας με φάρμακα και νοσηλευτικές μεθόδους. Ναι\_\_\_Όχι\_\_\_

Περιοχή, Ημερομηνία.....

Υπογραφή.....

Κάθε 2 χρόνια: Έχω ξαναδιαβάσει με ακρίβεια εκ των προτέρων οδηγία μου. Δεν θέλω να αλλάξω τίποτα.

---

Περιοχή και ημερομηνία

Υπογραφή

---

Περιοχή και ημερομηνία

Υπογραφή

## Testamento vital

El documento regula el tratamiento médico a recibir en caso de que en un futuro el paciente no se encuentre en situación de decidir qué es lo más adecuado. Son preguntas sobre qué tipo de tratamiento desearía recibir y cuál no.

Este documento debe ser firmado por el paciente y este puede cambiarlo en cualquier momento. Recomendamos actualizar la firma cada dos años.

Este documento no está dirigido solo a personas mayores, sería también recomendable para personas jóvenes, pues enfermedad o accidentes pueden sobrevenir en cualquier momento. Solo es necesario ser mayor de 18.

Le recomendamos hablar con su médico antes de firmarlo. Él puede encargarse de guardarlo o el paciente puede entregárselo a algún familiar. En cualquier caso se debe llevar consigo un papel en el que diga dónde se encuentra el documento.



Más información:

- Unabhängige Patientenverfügung Tübingen e.V.: Europaplatz 3, [Tel:07071-254436](tel:07071-254436), Sprechzeiten: montags 16-19 Uhr, donnerstags 10-13 Uhr oder nach Vereinbarung
- Patientenführsprecher am UKT, Sprechzeit: 1. Donnerstag im Monat, 17-18 Uhr oder nach Vereinbarung, CRONA-Klinikum, Ebene 4, Raum 224, Tel.: 07071-2987517
- [www.bmj-bund.de](http://www.bmj-bund.de)

## Testamento vital

Yo

Apellidos:.....

Nombre:.....

Fecha de nacimiento:.....

Dirección:.....

por la presente constato:

**1. Que en caso de encontrarme en situación de no poder expresarme el siguiente documento tendrá validez:**

- En caso de enfermedad terminal: Si\_\_\_No\_\_\_
- En caso de enfermedad cerebral (por accidente, tumor etc) donde el momento de la muerte no es predecible: Si\_\_\_No\_\_\_

**2. Si en todas las anteriores situaciones se ha respondido afirmativamente, se tomaran, abandonaran o interrumpirán según correspondan las siguientes medidas:**

***Medidas para mantener al enfermo con vida***



- *Deseo que se ponga fin a todo tipo de tratamiento que solamente retrasen de forma innecesaria el momento de mi muerte y por eso alarguen el sufrimiento de forma innecesaria.* Si\_\_\_No\_\_\_

**Alimentación artificial**



- Si no puedo alimentarme de forma natural es mi deseo que se me alimente por vía intravenosa. Si\_\_\_No\_\_\_
- Quiero que se me alimente por vía estomacal. Si\_\_\_No\_\_\_

### Suministro artificial de líquidos



- En caso de no poder tomar suficientes líquidos deseo que se me administren de forma artificial. Si\_\_\_No\_\_\_

### Respiración artificial



- En caso de no poder respirar autonomamente, deseo respiración artificial. Si\_\_\_No\_\_\_
- No deseo respiración artificial, pero si las medidas necesarias, medicamentos u otros métodos, que alivien los problemas de la dificultad respiratoria. Si\_\_\_No\_\_\_

Lugar, Fecha.....

Firma.....

Cada 2 años: he leído cuidadosamente el documento y deseo mantenerlo en las mismas condiciones que hasta ahora.

---

Lugar, Fecha Firma

---

Lugar, Fecha Firma

## Testament de vie

Un testament de vie règle le traitement médical pour plus tard, si vous ne pouvez plus décider pour vous-mêmes à cause d'une maladie sévère. Ce testament de vie traite seulement des questions médicales et vous y fixez le traitement que vous souhaitez ou pas.

Un testament de vie doit être signé par vous avec votre propre signature. Ce décret n'est pas définitif et vous pouvez le changer à tout moment. Il est recommandé d'actualiser la signature avec la date actuelle chaque deux an.

Pas seulement des personnes âgées peuvent écrire un testament de vie. Il peut être très utile en cas d'accident ou maladie aussi pour des personnes plus jeunes car cela peut arriver à tout le monde à chaque moment. Mais vous devez avoir au moins 18 ans.

Avant d'écrire un testament de vie, une conversation avec votre médecin de famille peut être utile. C'est lui aussi qui pourrait garder votre testament de vie ou quelqu'un qui est proche de vous. Mettez au moins une petite note dans votre portemonnaie pour savoir où se trouve le testament de vie.



Plus d'information:

- Unabhängige Patientenverfügung Tübingen e.V. (ONG «testament de vie indépendant»): Europaplatz 3, [Tél:07071-254436](tel:07071-254436), temps de parloir: lundi 16-19 heures, jeudi 10-13 heures ou sur rendez-vous
- Avocat des patients au UKT, temps de parloir: Le premier jendi par mois, 17-18 heures ou sur rendez-vous, CRONA-Klinikum, Ebene 4, Raum 224, Tél.: 07071-2987517
- [www.bmj-bund.de](http://www.bmj-bund.de)

## Testament de Vie

Moi,

Nom de famille:.....

Prénom:.....

Date de naissance:.....

Adresse:.....

je veux, en cas que je ne suis plus capable de m'exprimer, que

### **1. Ce testament de vi est valide pour des situations suivantes:**

- Si je suis au stade terminal d'une maladie mortelle ou incurable. Oui\_\_\_ Non\_\_\_
- Si j'ai une lésion cérébrale (par ex. à cause d'un accident ou d'une tumeur) et la mort n'est pas encore prévisible. Oui\_\_\_ Non\_\_\_

### **2. Dans toutes les situations que j'ai cochées «oui» sous 1 des mesures suivantes doivent être prises, négligées ou arrêtées:**

#### **Des mesures qui prolongent la vie**



- Je souhaite que toutes les mesures qui prolongent la vie et qui retardent juste la pointe de mort et de cette façon prolongent ma douleur et ma souffrance doivent être négligées. Oui\_\_\_ Non\_\_\_

#### **Alimentation artificielle**



- Si je ne peux plus manger comme d'habitude je souhaite d'avoir une alimentation artificielle (par la veine). Oui\_\_\_ Non\_\_\_

- Je souhaite une alimentation entérale (directement dans l'estomac). Oui\_\_\_ Non\_\_\_

**Apport en eau artificiel**



- Si je ne bois pas assez ou je ne peux plus boire quelque chose, je souhaite un apport en eau artificiel. Oui\_\_\_ Non\_\_\_

**Respiration artificielle**



- En cas que je suis si malade pour ne plus respirer moi-même, je souhaite une respiration artificielle. Oui\_\_\_ Non\_\_\_
- Je ne souhaite pas de respiration artificielle mais une diminution des douleurs de respiration avec des médicaments et des méthodes utilisées dans les soins. Oui\_\_\_ Non\_\_\_

lieu, date.....

signature.....

Chaque deux ans : J'ai encore bien regardé mon testament de vie et je ne veux rien changer.

---

lieu et date	signature
--------------	-----------

---

## **CONSIMȚĂMÂNTUL PACIENTULUI**

Un Consimțământ al pacientului reglementează tratamentul medical pentru mai târziu, pentru cazul în care, datorită bolii, nu mai puteți să luați decizii pentru dumneavoastră înșivă. În el este vorba numai de chestiuni medicale în care dumneavoastră stabiliți ce fel de tratamente vă doriți și ce nu.

Un Consimțământ al pacientului trebuie să fie semnat de mână de către dumneavoastră personal. Acest consimțământ nu este definitiv, ci îl puteți schimba în orice moment. Se recomandă să actualizați semnătura o dată la 2 ani cu data respectivă.

Nu numai persoanele în vârstă pot scrie un Consimțământ al pacientului. El are sens și pentru persoane mai tinere, pentru că un accident sau o boală pot afecta pe oricine, în orice moment. Trebuie să fie însă împlinită vârsta de 18 ani.

Înainte de a scrie Consimțământul pacientului, poate fi de ajutor o discuție cu medicul dumneavoastră de familie. În cabinetul lui puteți să și păstrați acest document sau îl puteți încredința unei persoane de încredere. Puneți în portofelul dumneavoastră măcar un bilețel prin care indicați unde se află Consimțământul pacientului.



Mai multe informații:

- Consimțământ independent al pacientului Tübingen e.V.: Europaplatz 3, [Tel:07071-254436](tel:07071-254436), Consultatii: luni orele 16-19, joi orele 10-13 sau cu programare
- Reprezentant al pacienților la UKT, Program: prima zi de joi din lună orele 17-18 sau cu programare, Clinica CRONA, Etajul 4, Camera 224, Tel. 07071-2987517
- [www.bmj-bund.de](http://www.bmj-bund.de)



(model)

## Consimțământul Pacientului

Subsemnatul,

Numele:.....

Prenumele:.....

Data nașterii:.....

Adresa:.....

În cazul în care nu mai sunt în stare să mă exprim, doresc următoarele:

### 1. acest Consimțământ al Pacientului este valabil în următoarele situații:

- dacă mă aflu în stadiul final al unei boli mortale sau nevindecabile: da\_\_\_nu\_\_\_
- dacă îmi este afectat creierul (de exemplu prin accident sau tumori) și momentul morții nu poate fi prevăzut: da\_\_\_nu\_\_\_

### 2. în toate situațiile pe care le am desemnat cu „da“ la punctul 1, următoarele măsuri să fie inițiate, neinițiate sau întrerupte:

#### Măsuri de prelungire a vieții:



- Îmi doresc să nu fie inițiată nici o măsură de prelungire a vieții, care doar întârzie decesul și prin aceasta îmi prelungesc în mod inutil suferința:

da\_\_\_nu\_\_\_

#### Alimentație artificială:



- Dacă nu mai pot să mănânc normal, îmi doresc alimentație perenterală (intravenos): da\_\_\_nu\_\_\_

- Îmi doresc alimentație enterală (direct in stomac): da\_\_nu\_\_

### Hidratare artificială:



- Dacă nu mai pot să beau suficient sau deloc, îmi doresc hidratare artificială (perfuzii): da\_\_nu\_\_

### Respirație artificială:



- Se poate întâmpla să ajung atât de bolnav încât să nu mai pot respira singur. Îmi doresc atunci o respirație artificială: da\_\_nu\_\_
- Nu îmi doresc respirație artificială, ci numai alinarea lipsei de aer cu medicamente și metode de îngrijire: da\_\_nu\_\_

Locul, data.....

Semnătura.....

O dată la 2 ani: Mi-am citit Consimțământul pacientului încă o dată cu atenție. Nu doresc să modific nimic la el.

---

Locul și data

Semnătura

---

Locul și data

Semnătura

