## Patient\_innenenerklärung und Patient\_innenverfügung

## bei COVID-19-Erkrankung

Vorname und Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Patient\_innenerklärung zur TRIAGE bei COVID-19-Erkrankung**

Die antiretrovirale Behandlung meiner HIV-Infektion ist erfolgreich. Nach Einschätzung der Deutschen AIDS-Gesellschaft und der Europäischen AIDS-Gesellschaft ist nicht zu erwarten, dass eine COVID-19-Erkrankung bei gut behandelten HIV-Positiven anders verläuft als bei HIV-negativen COVID-19-Patient\_innen (Link zu den Stellungnahmen der Fachgesellschaften über die Webseite der Deutschen Aidshilfe <https://www.aidshilfe.de/corona-hiv>). **Es liegt somit keine „schwere Immunschwäche“ vor**, wie sie als „Komorbidität“ in den Klinisch-ethischen Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (Fassung vom 25.03.2020) bzw. in der Dokumentationshilfe zur TRIAGE benannt wird. Auskunft über meinen Gesundheitszustand geben die Ärzt\_innen der Praxis (Adresse mit Telefonnummer): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Patient\_innenverfügung bei COVID-19-Erkrankung**

**Ich bestimme hiermit für den Fall, dass ich im Verlauf der COVID-19-Erkrankung meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann****, dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten. Dies umfasst eine maschinelle Beatmung, künstliche Ernährung sowie Versuche der Wiederbelebung.**

Ich möchte Beistand durch folgende Personen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich entbinde die mich behandelnden Ärzt\_innen von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen (z.B. Angehörige, Partner\_in): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Schlussbemerkungen

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patient\_innenverfügung bekannt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Ich habe die Patient\_innenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

## Gültigkeit und Aktualisierung

Diese Patient\_innenverfügung gilt, bis ich sie widerrufe. Sollten die behandelnden Ärzt\_innen oder sollte das Behandlungsteam/mein\_e Bevollmächtigte\_r/Betreuer\_in aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch nicht behandelt werden möchte, ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift