Fragebogen:
Einstellungen zum Leben, schwerer Krankheit und Sterben

Wie gerne leben Sie?
Welche Bedeutung hat es für Sie weiterzuleben?
Wie lange wünschen Sie sich vielleicht noch zu leben?

Wenn Sie ans Sterben denken – woran denken Sie?
Wenn Sie sich jetzt zum Beispiel vorstellen, dass Sie heute Nacht einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen werden – wie geht es Ihnen mit dieser Information?

Wenn im Rahmen einer Notfallsituation medizinische Behandlungen notwendig sind, um Sie am Leben zu erhalten, welche Belastungen wären Sie dafür bereit, in Kauf zu nehmen?
Was sind Ihre Sorgen und Ängste, wenn Sie an künftige medizinische Behandlungen denken? Was wünschen Sie sich auf jeden Fall?

Gibt es Situationen, in denen Sie nicht mehr lebensverlängernd behandelt werden wollen?
Haben Sie hierzu vielleicht schon Situationen erlebt, die Sie kurz schildern können? Gibt es persönliche Überlegungen oder Überzeugungen, kulturelle Hintergründe, religiöse oder spirituelle Überlegungen, die für Sie wichtig sind?

Ort, Datum, Vor- und Zuname, Unterschrift

Gründe, nicht mehr weiterleben zu wollen, sind für mich ...

- ❑ Starke körperliche Einschränkungen, zum Beispiel bleibende Lähmungen oder auf einen Rollstuhl angewiesen zu sein
- ❑ Dauerhafte Bettlägerigkeit
- ❑ Die Wohnung nicht mehr verlassen zu können
- ❑ Nicht mehr hören zu können
- ❑ Nicht mehr sehen zu können
- ❑ Nicht mehr sprechen zu können, entweder durch einen Luftröhrenschnitt oder eine Beeinträchtigung des Sprachzentrums, zum Beispiel durch einen Schlaganfall
- ❑ Nicht mehr verstehen zu können, was gesagt wird, zum Beispiel durch Taubheit oder durch einen Ausfall des Zentrums für Sprachverständnis, auch zum Beispiel durch einen Schlaganfall
- ❑ Dauernde Pflegebedürftigkeit, das heißt Hilfe bei der Körperpflege, bei Essen und Trinken
- ❑ Mich nicht mehr selbständig versorgen zu können, das heißt Hilfe im Haushalt zu brauchen
- ❑ Nicht mehr alleine essen und trinken zu können
- ❑ Durch Tumore oder Wunden entstellt zu sein
- ❑ Von medizinisch-apparativer Hilfe abhängig zu sein (künstliche Ernährung, Blutwäsche oder Atemunterstützung)
- ❑ Auf Dauer einen Luftröhrenschnitt mit einer Kanülenversorgung haben zu müssen
- ❑ Auf Dauer einen künstlichen Darmausgang zu haben
- ❑ Auf Dauer eine künstliche Ableitung der Urinwege zu haben
- ❑ Gliedmaßen (Füße, Hände, Arme, Beine) zu verlieren oder durch Lähmungen nicht mehr benutzen zu können
- ❑ Nicht mehr zu Hause wohnen zu können
- ❑ Von meiner Familie getrennt leben zu müssen
- ❑ Verwirrt zu sein, zum Beispiel Familienangehörige nicht mehr zu erkennen
- ❑ Fortschreitende Demenz oder Hirnschädigung
- ❑ Unter depressiven Zuständen zu leiden, die nicht auf Behandlung ansprechen
- ❑ Lange Zeit oder dauerhaft im Koma zu liegen

_____

Ort, Datum, Vor- und Zuname, Unterschrift

Wenn ich sterbe ...

- ❑ wünsche ich mir eine seelsorgerische Begleitung.
- ❑ wünsche ich mir eine Begleitung durch

  _____

- ❑ wünsche ich explizit keine seelsorgerische Begleitung.
- ❑ möchte ich, dass folgende Personen bei mir sind:

  _____

- ❑ möchte ich, dass mich folgende Personen auf gar keinen Fall begleiten:

  _____

Falls der Hirntod eintritt, bin ich ...

- ❑ mit der Entnahme meiner Organe zu Transplantationszwecken einverstanden.
- ❑ nur bestimmte Organe, und zwar

  _____

Mir ist bewusst, dass der Verzicht auf bestimmte Behandlungsmöglichkeiten mein Überleben erschweren, verhindern oder verkürzen kann. Im Zweifelsfall ist mir eine mögliche Lebensverkürzung bei entsprechender Leidenslinderung wichtiger.

_____

Ort, Datum, Vor- und Zuname, Unterschrift