



Patientenverfügung Amputation

.....
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....
(Anschrift)

Für den Fall, dass ich im Rahmen meiner Diabeteserkrankung eine Fußkomplikation erleide, verfüge ich,

- dass ich von meinem behandelnden Arzt in einer Einrichtung vorgestellt werde, die von der Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (AG Fuß der DDG) anerkannt wurde (siehe Deutschlandkarte in <http://www.ag-fussddg.de/>).

Für den Fall, dass meine Fußerkrankung bei Diabetes mellitus so schwer verläuft, dass von den behandelnden Ärzten eine Amputation vorgeschlagen wird, verfüge ich, dass

- eine Gefäßdiagnostik durchgeführt wird (einschließlich Angiographie, mindestens mit Darstellung der Unterschenkelarterien) und die Ergebnisse einem interventionell tätigen Angiologen/Radiologen oder einem Gefäßchirurgen vorgestellt werden.
- für eine konsequente und effektive Druckentlastung meines erkrankten Fußes gesorgt wird.

Sollten die behandelnden Ärzten trotzdem eine Amputation anstreben, verfüge ich, dass ich zur Einholung einer Zweitmeinung in einer von der AG Fuß der DDG anerkannten Einrichtung vorgestellt oder verlegt werde.

.....
(Unterschrift, Ort, Datum)

Stand: 10.05.2010

So erreichen Sie uns:

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe • Albrechtstr. 9 • 10117 Berlin

Tel.: 030 201 677-0 • info@diabetesde.org • www.diabetesde.org • www.deutsche-diabetes-hilfe.de