

Liebe Leserin, lieber Leser

Die unten angehängte Patientenverfügung entspricht den gesetzlichen Anforderungen des thailändischen nationalen Gesundheitsgesetzes (Artikel 12) von 2007. Der Kerninhalt der Anweisungen an das Medizinalpersonal basiert auf der von der Harvard Medical School ausgearbeiteten Patientenverfügung.

Diese Patientenverfügung stellen wir zweisprachig, Deutsch und Thailändisch zur Verfügung. Die Ausgangssprache ist Deutsch, ein von der Schweizer Botschaft anerkannter Übersetzer hat den Text ins Thai übersetzt.

Der Preis für die Patientenverfügung zum selber Ausfüllen beträgt THB 1,500. Senden Sie uns bitte eine E-Mail, welcher Sie auch ein Foto Ihres Passes sowie den Zahlungsbeleg beilegen.

Wir werden Ihnen die Patientenverfügung in PDF Form per E-Mail zustellen. Das Ausfüllen, die Zeugenbeschaffung sowie die Beschaffung des Arztzeugnisses obliegt Ihnen.

Sollten Sie es vorziehen, unterstützen wir Sie gerne bei der Errichtung der Patientenverfügung. Das Honorar wird nach Aufwand THB 1,800/h verrechnet.

Die Patientenverfügung gehört eher zum Kreis jener Themen, die man lieber mal auf morgen verschiebt - ja, es gibt angenehmere Gedanken an die Zukunft. Wir von der Anwaltskanzlei Kraiwit wollen Ihnen Mut machen, sich damit ernsthaft zu befassen - einmal richtig und auf Papier gebracht, dann ist das Thema abgeschlossen. Ihre Lieben werden im Ernstfall sehr erleichtert sein, Entscheide von solcher Tragweite nicht fällen zu müssen.

Ihre Anwaltskanzlei Kraiwit & Partner Co Ltd
Stephan Schmied

Kontakt:

schmied.law@gmail.com

Bankverbindung:

Bank of Ayudhya (auch Krungsri genannt) Kontonummer: 042-1-71049-3

Diese Patientenverfügung oder Teile davon, dürfen ohne schriftliche
Einwilligung des Verfassers in keiner Form weitergegeben werden.

Hua Hin, 10. August 2022

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 12 แห่ง
พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

Patientenverfügung gemäss Artikel 12 des nationalen
Gesundheitsgesetzes von 2007

A. คำนำ / Präambel

ข้าพเจ้า Hildegard Muster _____
ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายใน
วาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย
Ich, Hildegard Muster _____,
errichte hiermit meine Patientenverfügung.

ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ตามที่รับรองในใบรับรองแพทย์ที่แนบมา ด้วยหนังสือ
ฉบับนี้ ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้าพเจ้าทำ หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการ
สาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมาน
จากการเจ็บป่วยนี้ ด้วยความจำเป็นมีความสามารถรับรู้และวินิจฉัยได้
Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Fähigkeiten, wie dies das ärztliche
Zeugnis im Anhang bescheinigt. Ich bekräftige hiermit, dass ich diese
Patientenverfügung mit der nötigen Einsichts- und Urteilsfähigkeit errichte.

ข้าพเจ้าประสงค์ที่จะเสียชีวิตได้ด้วยควมมีเกียรติและความสงบ
Ich möchte in Würde und Frieden sterben können.

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถแสดงความตั้งใจหรือความคิดเห็นของข้าพเจ้าอย่างชัดเจนได้
เพราะความเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุมีคำสั่งในหนังสือแสดงเจตนาี้ตามความตั้งใจของ
ข้าพเจ้าที่พิจารณาอย่างระมัดระวัง

Die Anordnungen in dieser Patientenverfügung beinhalten meinen festen
und reiflich überlegten Willen für den Fall, dass ich krankheits- oder
unfallbedingt nicht mehr fähig bin, meinen Willen zu bilden oder
verständlich zu äußern.

B. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้แสดงเจตจำนง / Personalien des Verfügenden

ชื่อตัว ชื่อสกุล / Vornamen Nachname

วันเดือนปีเกิด และ สถานที่เกิด / Geburtsdatum und Geburtsort

สัญชาติ และ หนังสือเดินทางเลขที่ หรือ บัตรประชาชนเลขที่ / Nationalität und Passnummer oder ID Nummer

ที่อยู่ / Adresse

หมายเลขโทรศัพท์ และ อีเมล / Telefon und E-Mail

C. คำแนะนำให้การรักษาพยาบาล / Anweisungen für gesundheitliche Versorgung

1. หากว่าข้าพเจ้าใกล้จะเสียชีวิตและมาตรการการรักษาชีวิตอาจจะแค่ยืดเวลาของชีวิตข้าพเจ้าได้ข้าพเจ้าประสงค์ว่า
Wenn ich **nahe dem Tod** bin und medizinische Massnahmen nur den Zeitpunkt meines Todes verschieben würden,

<input type="checkbox"/> ใช่ / Ja <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / Nein	ข้าพเจ้าประสงค์รับสารอาหารทางสายยาง / will ich künstlich ernährt werden.
<input type="checkbox"/> ใช่ / Ja <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / Nein	ข้าพเจ้าประสงค์รับสารอาหารทางสายยางเฉพาะในกรณีที่แพทย์แนะนำ / will ich nur künstlich ernährt werden, wenn es mein Arzt empfiehlt.
<input type="checkbox"/> ใช่ / Ja <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / Nein	ข้าพเจ้าประสงค์จะเลิกการให้สารอาหารทางสายยาง / will ich, dass die künstliche Ernährung eingestellt wird.
<input type="checkbox"/> ใช่ / Ja <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / Nein	ข้าพเจ้าประสงค์รับมาตรการการรักษาเพื่อจะยืดเวลาของชีวิตที่อาจจะใช้ได้ / will ich jegliche weitere lebenserhaltende Massnahmen, die möglich sind.

<input type="checkbox"/> ใช่ / Ja <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / Nein	ข้าพเจ้าประสงค์รับมาตรการการรักษาเพื่อจะยืดเวลาของชีวิตเฉพาะในกรณีที่แพทย์แนะนำ / will ich lebenserhaltende Massnahmen nur, wenn sie mein Arzt empfiehlt.
<input type="checkbox"/> ใช่ / Ja <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / Nein	ข้าพเจ้าประสงค์จะเลิกมาตรการการรักษา/ยืดเวลาของชีวิต / will ich, dass alle lebenserhaltenden Massnahmen eingestellt werden.

2. หากข้าพเจ้าหมดสติและดูเหมือนกันว่าข้าพเจ้าจะไม่มีสติอีกครั้งต่อไป
ข้าพเจ้าประสงค์ว่า

Wenn ich mich im **Zustand der Bewusstlosigkeit** befinde und es **sehr unwahrscheinlich** ist, dass ich jemals wieder das Bewusstsein erlange,

<input type="checkbox"/> ใช่ / Ja <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / Nein	ข้าพเจ้าประสงค์รับสารอาหารทางสายยาง / will ich künstlich ernährt werden.
<input type="checkbox"/> ใช่ / Ja <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / Nein	ข้าพเจ้าประสงค์รับสารอาหารทางสายยางเฉพาะในกรณีที่แพทย์แนะนำ / will ich nur künstlich ernährt werden, wenn es mein Arzt empfiehlt.
<input type="checkbox"/> ใช่ / Ja <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / Nein	ข้าพเจ้าประสงค์จะเลิกการให้สารอาหารทางสายยาง / will ich, dass die künstliche Ernährung eingestellt wird.
<input type="checkbox"/> ใช่ / Ja <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / Nein	ข้าพเจ้าประสงค์รับมาตรการการรักษาเพื่อจะยืดเวลาของชีวิตที่อาจจะใช้ได้ / will ich jegliche weitere lebenserhaltende Massnahmen, die möglich sind.
<input type="checkbox"/> ใช่ / Ja <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / Nein	ข้าพเจ้าประสงค์รับมาตรการการรักษาเพื่อจะยืดเวลาของชีวิตเฉพาะในกรณีที่แพทย์แนะนำ / will ich lebenserhaltende Massnahmen nur, wenn sie mein Arzt empfiehlt.
<input type="checkbox"/> ใช่ / Ja <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / Nein	ข้าพเจ้าประสงค์จะเลิกมาตรการการรักษา/ยืดเวลาของชีวิต / will ich, dass alle lebenserhaltenden Massnahmen eingestellt werden.

3. ในกรณีที่ข้าพเจ้าเป็นโรคที่มีอาการแยลง จะเกิดความตายและโรคได้ลุกลามไปมากแล้ว เกิดให้ข้าพเจ้าเป็นไปไม่ได้ที่ข้าพเจ้าสื่อสารอย่างถาวรและกินอาหารและเครื่องดื่มได้แล้ว

Wenn ich an einer progredienten Krankheit leide, die **tödlich**

enden wird und bereits soweit fortgeschritten ist, dass mir die **Kommunikation** ständig und dauerhaft unmöglich ist und dass ich **Speise und Getränke** nicht mehr zu mir nehmen kann,

<input type="checkbox"/> ใช่ / Ja <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / Nein	ข้าพเจ้าประสงค์รับสารอาหารทางสายยาง / will ich künstlich ernährt werden.
<input type="checkbox"/> ใช่ / Ja <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / Nein	ข้าพเจ้าประสงค์รับสารอาหารทางสายยางเฉพาะในกรณีที่แพทย์แนะนำ / will ich nur künstlich ernährt werden, wenn es mein Arzt empfiehlt.
<input type="checkbox"/> ใช่ / Ja <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / Nein	ข้าพเจ้าประสงค์จะเลิกการให้สารอาหารทางสายยาง / will ich, dass die künstliche Ernährung eingestellt wird.
<input type="checkbox"/> ใช่ / Ja <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / Nein	ข้าพเจ้าประสงค์รับมาตรการการรักษาเพื่อจะยืดเวลาของชีวิตที่อาจจะใช้ได้ / will ich jegliche weitere lebenserhaltende Massnahmen, die möglich sind.
<input type="checkbox"/> ใช่ / Ja <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / Nein	ข้าพเจ้าประสงค์รับมาตรการการรักษาเพื่อจะยืดเวลาของชีวิตเฉพาะในกรณีที่แพทย์แนะนำ / will ich lebenserhaltende Massnahmen nur, wenn sie mein Arzt empfiehlt.
<input type="checkbox"/> ใช่ / Ja <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / Nein	ข้าพเจ้าประสงค์จะเลิกมาตรการการรักษา/ยืดเวลาของชีวิต / will ich, dass alle lebenserhaltenden Massnahmen eingestellt werden.

4. ต่าง ๆ / Diverses

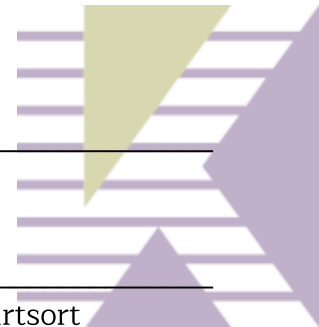
<input type="checkbox"/> ใช่ / Ja <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / Nein	ถึงอย่างไรข้าพเจ้าประสงค์ว่าจะปฏิบัติการรักษาที่มีประสิทธิภาพต่อความเจ็บปวดและอาการเครียดอื่นๆ เช่นความกลัว ความไม่สงบ การหายใจลำบาก อาการคลื่นไส้ ในกรณี ข้าพเจ้ายอมรับ หากการบำบัดรักษานั้นอาจจะเกิดความงุนงงสับสน (กล่อมประสาท) ได้ / Ich wünsche in jedem Fall die wirksame Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Angst, Unruhe, Atemnot, Übelkeit. Dafür nehme ich auch eine allfällige therapiebedingte Bewusstseinstrübung (Sedation) in Kauf.
<input type="checkbox"/> ใช่ / Ja <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / Nein	ความระมัดระวังและความสามารถในการสื่อสารเป็นสิ่งที่สำคัญกว่าการแก้ปวดและอาการอื่นๆอย่างดีที่สุดสำหรับข้าพเจ้า / Wachheit und Kommunikationsfähigkeit sind für mich wichtiger als eine optimale Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen.

<input type="checkbox"/> ใช่ / Ja <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / Nein	<p>ข้าพเจ้าประสงค์บริจาคอวัยวะของข้าพเจ้า และ ข้าพเจ้ายินยอมให้นำอวัยวะ เนื้อเยื่อ หรือ เซลล์ใด ๆ ออกไปจากข้าพเจ้าได้ / Ich möchte meine Organe spenden und gestatte die Entnahme jeglicher Organe, Gewebe und Zellen.</p>
-----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**D. ผู้แทนผู้ซึ่งมีความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า / mir nahe stehende
Vertretungsperson**

ข้าพเจ้าแต่งตั้งให้บุคคลเป็นผู้แทนดังต่อไปนี้ ผู้ซึ่งได้รับอำนาจของข้าพเจ้าให้แสดงความตั้งใจส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเรื่องภาวะสุขภาพของข้าพเจ้า ต้องแจ้งให้บุคคลนี้ทราบ และร่วมในการตัดสินใจด้วย เขาสามารถดูประวัติการป่วยของข้าพเจ้าได้และข้าพเจ้าอยากให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทุกคนยกเลิกการรักษาความลับต่อบุคคลนี้

Ich habe nachfolgend genannte Vertretungsperson eingesetzt, welche ich ermächtige, meinen in diesem Dokument verfassten Willen gegenüber dem Medizinalpersonal geltend zu machen. Diese Person ist über meinen Zustand zu informieren und in die Entscheidungsfindung einzubeziehen; sie kann meine Krankengeschichte einsehen und ich entbinde ihr gegenüber das sämtliche Medizinalpersonal von der Schweigepflicht:



ชื่อตัว ชื่อสกุล / Vornamen Nachname

วันเดือนปีเกิด และ สถานที่เกิด / Geburtsdatum und Geburtsort

สัญชาติ และ หนังสือเดินทางเลขที่ หรือ บัตรประชาชนเลขที่ / Nationalität und Passnummer oder ID Nummer

ที่อยู่ / Adresse

หมายเลขโทรศัพท์ และ อีเมล / Telefon und E-Mail

หาก _____ ไม่สามารถหรือไม่
ต้องการปฏิบัติภาระหน้าที่นี้ของผู้แทนได้ ข้าพเจ้าแต่งตั้งให้บุคคลนี้เป็นผู้แทน ดังต่อไปนี้
Falls _____ die Vertretung nicht
wahrnehmen kann oder will, setze ich folgende Person als
Vertretungsperson ein:

ชื่อตัว ชื่อสกุล / Vornamen Nachname

วันเดือนปีเกิด และ สถานที่เกิด / Geburtsdatum und Geburtsort

สัญชาติ และ หนังสือเดินทางเลขที่ หรือ บัตรประชาชนเลขที่ / Nationalität und
Passnummer oder ID Nummer

ที่อยู่ / Adresse

หมายเลขโทรศัพท์ และ อีเมล / Telefon und E-Mail

หาก _____ ไม่สามารถหรือไม่
ต้องการปฏิบัติภาระหน้าที่นี้ของผู้แทนได้ ข้าพเจ้าแต่งตั้งให้บุคคลนี้เป็นผู้แทน ดังต่อไปนี้
Falls auch _____ die Vertretung
nicht wahrnehmen kann oder will, setze ich folgende Person als
Vertretungsperson ein:

ชื่อตัว ชื่อสกุล / Vornamen Nachname

วันเดือนปีเกิด และ สถานที่เกิด / Geburtsdatum und Geburtsort

สัญชาติ และ หนังสือเดินทางเลขที่ หรือ บัตรประชาชนเลขที่ / Nationalität und
Passnummer oder ID Nummer

ที่อยู่ / Adresse

หมายเลขโทรศัพท์ และ อีเมล / Telefon und E-Mail

E. ตีความ / Interpretation

หนังสือแสดงเจตนา ฉบับนี้ได้จัดทำขึ้นเป็นภาษาเยอรมันและถูกแปลเป็นภาษาไทย ในกรณีที่เกิดข้อพิพาท หรือ ข้อขัดแย้งใด อันเกิดจากการตีความจากการแปลนี้ ให้ถือตามความหมายในภาษาเยอรมันเป็นสำคัญ

Diese Patientenverfügung wurde in deutscher Sprache errichtet und in die thailändische Sprache übersetzt. Im Streitfalle und bei Interpretationsmöglichkeiten aufgrund der Übersetzung, soll der deutsche Text maßgebend sein.

กรณีที่มีปัญหาการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา หรือการตีความหนังสือแสดงเจตนาผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ป่วยควรปรึกษากับบุคคลใกล้ชิดตามข้อ D. หรือญาติผู้ป่วย

Sollten beim Vollzug oder der Interpretation der Patientenverfügung Fragen auftauchen, so hat das verantwortliche Medizinalpersonal zur Klärung die unter D. aufgeführten Personen zu kontaktieren.

Ort und Datum
เขียนที่ และ วันที่

Unterschrift Verfügender
ลายมือชื่อ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

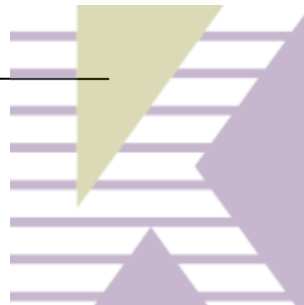
Unterschrift nahe stehende Person
ลายมือชื่อ บุคคลใกล้ชิด

Unterschrift nahe stehende Person
ลายมือชื่อ บุคคลใกล้เคียง

Unterschrift nahe stehende Person
ลายมือชื่อ บุคคลใกล้เคียง

Zeuge
พยาน

Zeuge
พยาน



Beigelegt:
Ärztliches Zeugnis, welches meine geistigen Fähigkeiten bestätigt
Kopie ID oder Pass des Verfügenden
Kopie ID oder Pass der nahe stehenden Personen
Kopie ID oder Pass der Zeugen
แนบมาด้วย
ใบรับรองแพทย์ที่รับรองว่าข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
สำเนาบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทางของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา
สำเนาบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทางของพยาน
สำเนาบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทางของบุคคลใกล้เคียง