

Patientenverfügung

Diese Verfügung wurde nach reiflicher Überlegung und im Besitze meiner Urteils-
kraft erstellt durch:

Name

Vorname

Geburtsdatum

PLZ/Ort

Meine Hausärztin/mein Hausarzt soll im Ereignisfall/bei Spitaleintritt informiert werden

Vorname/Name/Praxis

Telefon

Strasse/Nr

PLZ/Ort

- Diese Verfügung besteht aus den Grundlegende Angaben Seiten 1-3
 Diese Verfügung enthält noch erweiterte Angaben Seiten 4-5

1. Verfügung bei Auftreten eines akuten Ereignisses (z.B. Herz-Kreislaufstillstand) oder einer akuten Verschlechterung meines Gesundheitszustandes

Für den Fall, dass ich wegen eines akuten Ereignisses oder einer mich geistig beeinträchtigen-
den Krankheit urteilsunfähig bin, möchte ich *(nur eine Antwort auswählen)*

- dass alle medizinisch angebrachten Massnahmen, inbegriffen Reanimation und Be-
handlung auf der Intensivstation, getroffen werden zur Behandlung der akuten Erkran-
kung und zur Wiedererlangung der Urteilsfähigkeit
oder
- dass ich nicht reanimiert werde; wenn notwendig bin ich aber mit einer Behandlung auf
der Intensivstation einverstanden.
oder
- dass ich grundsätzlich nicht reanimiert werde und es sollen auch keine intensivmedizi-
nischen Massnahmen wie Beatmung durchgeführt werden

2. Verfügung für die Zeit nach der anfänglichen Stabilisierung meines Zustandes oder bei langdauernder Bewusstlosigkeit

Sollte sich nach Stabilisierung meines akuten Zustandes zeigen, dass eine Wiedererlangung meiner Urteilsfähigkeit wenig wahrscheinlich ist oder vermutlich nur ein Zustand mit massiven körperlichen und geistigen Einschränkungen erreicht werden kann, möchte ich

- dass alle medizinisch angebrachten Massnahmen zur Lebenserhaltung weitergeführt werden, so lange eine Hoffnung auf Wiedererlangung der Urteilsfähigkeit besteht
oder
- dass auf weitere lebenserhaltende Massnahmen verzichtet wird; Massnahmen und Eingriffe zur Behandlung von Schmerz, Angst, Atemnot, Unruhe und anderer belastender Symptome sind dabei hingegen ausdrücklich nicht ausgeschlossen

3. Verfügung betreffend der Anwendung von lindernden Massnahmen bei Schmerz, Angst, Atemnot, Unruhe und anderen belastenden Symptomen

Bei Auftreten von stark belastenden Symptomen wie zum Beispiel starker Schmerz, Atemnot, Unruhe, oder starker Brechreiz, möchte ich *(nur eine Antwort auswählen)*

- dass alle medizinisch angebrachten Massnahmen zur Linderung dieser Symptome durchgeführt werden; dabei nehme ich in Kauf, dass dabei mein geistiger Zustand gedämpft wird und ich möglicherweise die Umgebung nur noch begrenzt wahrnehme
oder
- dass die medizinischen Massnahmen nur so weit durchgeführt werden, als ich immer noch in einem weitgehend wachen Zustand bin und die Wahrnehmung meiner Umgebung nicht durch Medikamente stark eingeschränkt ist.

Wichtig: bei wachem Zustand und Urteilsfähigkeit werden diese Fragen immer besprochen, je nach Bedarf auch wiederholt

4. Organspende

(nur eine Antwort auswählen)

- Ich lehne die Entnahme von Organen, Geweben und Zellen aus meinem Körper ab
oder
- Nach sicherer Feststellung meines Todes darf bei mir jegliches Organ oder Gewebe entnommen werden und dazu die notwendigen organerhaltenden Massnahmen durchgeführt werden
oder
- Nach sicherer Feststellung meines Todes dürfen bei mir nur die nachfolgenden Organe entnommen werden und dazu die notwendigen organerhaltenden Massnahmen durchgeführt werden *(mehrere Antworten möglich)*
 - Herz Nieren Augenhornhaut Lungen
 - Leber Haut Bauchspeicheldrüse

5. Vertretungsperson

- Ich habe nachfolgende Vertretungsperson eingesetzt, welche ich ermächtige, meinen hier geäußerten Willen gegenüber dem Behandlungsteam geltend zu machen. Diese Person ist auch speziell für die Entscheidungsfindung in Punkten, welche ich hier nicht geregelt habe, einzubeziehen. Diese Person ist über meinen Zustand zu informieren und darf meine Krankenakten einsehen. Die behandelnden Ärzte und Pflegefachpersonen entbinde ich damit von der Schweigepflicht gegenüber dieser Person:

Vorname/Name

Email

Strasse/Nr

PLZ/Ort

Telefon privat

Mobile

Tel Geschäft

- Ich habe meine Patientenverfügung mit meiner Vertretungsperson besprochen und sie ist einverstanden, das Mandat zu übernehmen

- Kann meine Vertretungsperson nicht kontaktiert werden oder kann sie aus anderen Gründen diese Aufgabe nicht wahrnehmen, so bestimme ich nachfolgende Ersatzperson, welche dieselben Rechte zu meiner Vertretung haben soll

Vorname/Name

Email

Strasse/Nr

PLZ/Ort

Telefon privat

Mobile

Tel Geschäft

Ort/Datum

Unterschrift

Spätere Bestätigung dieser Verfügung

Ort/Datum

Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift

Patientenverfügung: weitere Angaben

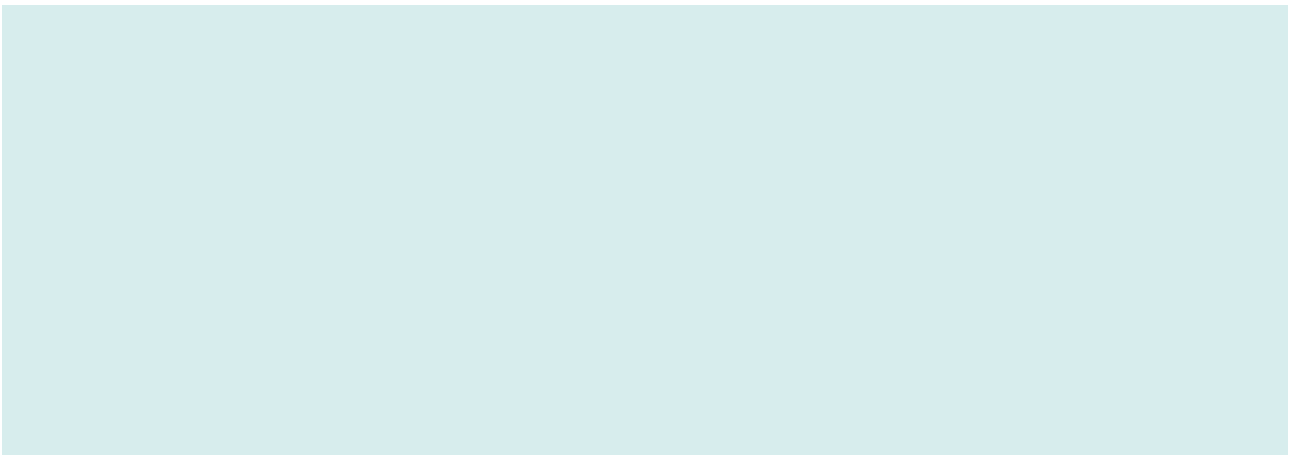
nur wenn gewünscht

6. Medizinische Behandlungen

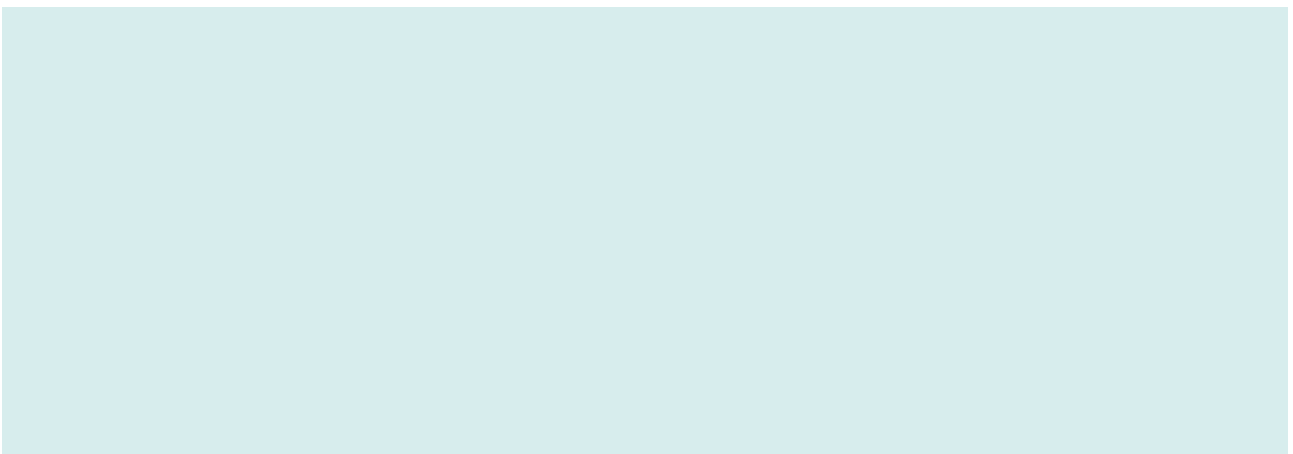
Im Falle einer Urteilsunfähigkeit sind mir folgende Angaben wichtig betreffend meine medizinischen Behandlungen:



Im Falle einer Urteilsunfähigkeit lehne ich folgende medizinische Behandlungen ab, ausser wenn sie zur Linderung von Beschwerden durchgeführt werden:



Im Falle einer Urteilsunfähigkeit verlange ich, dass bei meiner Pflege und Betreuung auf folgendes geachtet wird:



7. Angaben zum Sterben und nach dem Tod

Während des Sterbeprozesses und nach dem Tod ist mir folgendes wichtig:

Soweit möglich und zumutbar wünsche ich meine Begleitung im Sterben durch folgende Person oder folgende Personen:

Ich möchte keine Familienangehörigen oder Bekannte während des Sterbens um mich haben

Folgende Personen sollen im Falle meiner Urteilsunfähigkeit NICHT in die Entscheidungsfindung einbezogen werden:

Diese Personen sollen auch nicht anwesend sein, wenn ich urteilsunfähig oder sterbend bin

Ort/Datum

Unterschrift

Spätere Bestätigung dieser Verfügung

Ort/Datum

Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift