

PRO SENECTUTE

Docupass

Patientenverfügung

Patientenverfügung für:

Vorname: _____

Name: _____



Personalien der verfügenden Person

Vorname/Name: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Im Besitze meiner geistigen Gesundheit bekunde ich nachstehend meinen Willen für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, eine Entscheidung zu treffen und/oder diese mitzuteilen. Meine hiermit geäusser-
ten Willensbekundungen und Anordnungen sind verbindlich (Art. 372 Abs. 2 ZGB).

1 Anweisungen für medizinische Behandlungen

1.1 Werteerklärung (fakultativ):

Im Folgenden halte ich meine wichtigsten Wertvorstellungen, Überzeugungen und Glaubenssätze fest. Diese können eine Orientierungshilfe sein, falls eine Situation eintrifft, für die ich keine spezifischen Anordnungen getroffen habe. *(Was macht Ihr Leben heute lebenswert? Was bedeutet für Sie Lebensqualität, was ist Ihnen wichtig? Was kommt Ihnen in den Sinn, wenn Sie ans Sterben denken? Wie stehen Sie zu lebensverlängernden Massnahmen? Gibt es Situationen, in denen Sie nicht mehr lebensverlängernd, sondern nur noch beschwerden-
lindernd behandelt werden wollen?)*

siehe separate Werteerklärung

Weitere Hilfsfragen finden Sie unter: www.prosenectute.ch/werteerklärung

1.2 Meine Patientenverfügung kommt erst dann zur Anwendung, wenn ich:

– urteilsunfähig bin

und

– unter einer andauernden und schweren Schädigung (*Gehirn und/oder andere lebenswichtige Organe*) infolge von Krankheit und/oder Unfall leide, die meine Denk- und/oder Kommunikationsfähigkeit dauerhaft schwer beeinträchtigt oder die sehr wahrscheinlich innert Tagen zum Tode führt.

– weitere Situationen (fakultativ): _____



Ort, Datum:

Unterschrift:



1.3 Anweisungen bei der Diagnose einer andauernden und schweren Schädigung (Gehirn und/oder andere lebenswichtige Organe) infolge von Krankheit/Unfall (sowie weiteren Bedingungen / Situationen unter Punkt 1.2) verbunden mit Urteilsunfähigkeit:

Ich verweigere **alle** Massnahmen, die eine Lebensverlängerung bezwecken. Therapieziel soll ausschliesslich die Linderung (*palliative Medizin*) sein, d. h., Massnahmen für ein bestmögliches Befinden, insbesondere bei Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, Unruhe, Angst oder anderen Leiden.

Ja weiter zu Punkt **1.6**

Nein d. h., ich verweigere **nicht alle** Massnahmen, ich möchte mein Leben verlängern
weiter zu Punkt **1.4/1.5**

1.4 Therapieziel – ich möchte lebensverlängernde Massnahmen:

D. h., ich akzeptiere sämtliche medizinischen Massnahmen, die zur Lebensverlängerung beitragen und medizinisch sinnvoll sind.

Ja weiter zu Punkt **1.6**

Nein weiter zu Punkt **1.5**

1.5 Therapieziel – ich möchte lebensverlängernde Massnahmen nur bei Erhaltung der Lebensqualität und wünsche folgende Behandlungen:

1.5a Behandlung auf der Intensivstation

Ja Nein (falls nein, sind Massnahmen 1.5b und 1.5c ausgeschlossen
weiter zu **1.5d**)

1.5b Künstliche Beatmung über einen Schlauch

(in der Regel über den Mund in die Luftröhre, medizinisch: Tubus, Intubation)

Ja Nein (falls nein, ist Massnahme 1.5c ausgeschlossen)

1.5c Herz-Lungen-Wiederbelebung (Reanimation)

Ja Nein

1.5d Künstliche Ernährung / Flüssigkeit über Magensonde oder Vene

Ja Nein (ein Nein ist hier nur sinnvoll, falls 1.5a mit Nein beantwortet wurde)



Ort, Datum:

Unterschrift:



1.6 Wunsch bezüglich Aufenthaltsort (fakultativ):

Ich möchte, wenn möglich, zu Hause, im Alters- und/oder Pflegeheim oder im Hospitz bleiben und nicht in ein Spital verlegt werden.

Ich nehme damit in Kauf, dass mein Leben nicht verlängert wird, und ich weiss, dass unter bestimmten Umständen meine beschwerdenlindernde (palliative) Behandlung damit nicht gleich gut gewährleistet werden kann. (Anm.: Eine vorangehende Planung mit dem Behandlungsteam, dem Arzt / der Ärztin, dem Pflegenden, dem Palliativdienst usw. sowie mit den pflegenden Angehörigen ist sehr empfehlenswert.)

☐ Weitere Wünsche: _____

1.7 Vertretung in medizinischen Angelegenheiten:

Folgende Vertrauensperson wird von mir bevollmächtigt, meinen Willen in medizinischen Angelegenheiten gemäss meiner Patientenverfügung zu vertreten und die nötigen Entscheide zu treffen:

Vorname/Name: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Beziehung zur Person: _____ Geburtsdatum: _____

Falls Frau/Herr _____ mich nicht vertreten kann (Abwesenheit, Urteilsunfähigkeit, Interessenkollision, Krankheit usw.) oder es ablehnt, wird folgende Vertrauensperson von mir im gleichen Umfang bevollmächtigt:

Vorname/Name: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Beziehung zur Person: _____ Geburtsdatum: _____

Weitere Vertretungspersonen auf Seite 6.

Hiermit entbinde ich alle beteiligten Ärzte/Ärztinnen, deren Mitarbeitende und das übrige Gesundheitspersonal vom Arzt- und Berufsgeheimnis, damit die Personen, die mich vertreten, umfassend informiert werden können. Dies soll auch über meinen Tod hinaus gelten.



Ort, Datum:

Unterschrift:



Ich vertraue darauf, dass die Vertretungspersonen gestützt auf meine Vollmachten ihr Mandat mit aller Sorgfalt ausüben. Kommt es zu einer Situation, die ich nicht in Betracht gezogen habe, mögen meine geäusserten Werte als Orientierung dienen. Im Zweifelsfall soll meine Vertrauensperson nach ihrem Ermessen entscheiden, was in meinem Sinn wäre.

Ich habe die vertretungsberechtigten Personen über die Erstellung meiner Patientenverfügung informiert und den Inhalt mit ihnen besprochen.

Ja Nein

Ich habe bewusst keine Vertretung in medizinischen Angelegenheiten bestimmt.

Weitere Anweisungen:



Ort, Datum:

Unterschrift:



Erweiterte Patientenverfügung

Im zweiten Teil der Patientenverfügung kann zu weiteren Fragen Stellung bezogen werden. Äussere ich mich nicht zu diesen Fragen, so bin ich mir bewusst, dass sich im Falle meiner Urteilsunfähigkeit meine Angehörigen bzw. meine Vertretung zu diesen Fragen äussern und die entsprechenden Entscheide fällen müssen.

2 Religion/Spiritualität

2.1 Religiöse/spirituelle Zugehörigkeit

Ich gehöre keiner Religion/Konfession an.

Meine Religion/Konfession ist: _____

2.2 Religiöse/spirituelle Begleitung

Ich wünsche keine religiöse/spirituelle Begleitung.

Ich wünsche eine religiöse/spirituelle Begleitung gemäss meiner Religion/Konfession.

Ich habe folgende Wünsche:

3 Sterbebegleitung

Ich wünsche keine Sterbebegleitung.

Ich wünsche, von meinen Angehörigen und Freunden begleitet zu werden.

Ich wünsche freiwillige Helfer, um meine Angehörigen zu entlasten.

Ich habe folgende Wünsche:

4 Entnahme von Organen, Geweben und Zellen zum Zweck der Transplantation

Im Falle meines Todes gestatte ich keine Entnahme von Organen, Geweben und Zellen.

Im Falle meines Todes gestatte ich die Entnahme jeglicher Organe, Gewebe und Zellen und die damit verbundenen vorbereitenden Massnahmen (*siehe Infobroschüre*).

Im Falle meines Todes gestatte ich:

5 Autopsie

Ich erlaube keine Autopsie meines Leichnams.

Ich erlaube eine Autopsie meines Leichnams.

Ich stelle meinen Leichnam nicht der Wissenschaft zur Verfügung.

Ich stelle meinen Leichnam der Wissenschaft zur Verfügung. (*Damit wird die Entnahme von Organen zwecks Transplantation ausgeschlossen.*) Dafür muss ich zwingend mit einem anatomischen Institut Kontakt aufnehmen und mich anmelden. Eine ordentliche Beerdigung ist unter Umständen erst nach fünf Jahren möglich.



Ort, Datum:

Unterschrift:



Verwaltung meiner Patientenverfügung

Eine Kopie dieser Verfügung habe ich an folgende Person(en)/Institution(en) übergeben:

Person 1

Vorname/Name: _____ Vertretungsperson

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Beziehung zur Person: _____ Geburtsdatum: _____

Person 2

Vorname/Name: _____ Vertretungsperson

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Beziehung zur Person: _____ Geburtsdatum: _____

Person 3

Vorname/Name: _____ Vertretungsperson

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Beziehung zur Person: _____ Geburtsdatum: _____

Person 4

Vorname/Name: _____ Vertretungsperson

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Beziehung zur Person: _____ Geburtsdatum: _____



Ort, Datum:

Unterschrift:



Es wird empfohlen, diese Verfügung alle zwei Jahre zu überprüfen, wo notwendig anzupassen und neu zu unterzeichnen.

Erneuerung durch verfügende Person:

Ort, Datum:	Unterschrift:
Ort, Datum:	Unterschrift:
Ort, Datum:	Unterschrift:
Ort, Datum:	Unterschrift:
Ort, Datum:	Unterschrift:
Ort, Datum:	Unterschrift:
Ort, Datum:	Unterschrift:
Ort, Datum:	Unterschrift:
Ort, Datum:	Unterschrift:
Ort, Datum:	Unterschrift:
Ort, Datum:	Unterschrift:
Ort, Datum:	Unterschrift:

Eine Kopie dieses Blattes (*und eventuell geänderter oder ergänzter Seiten*) geht an die Person(en)/Institution(en), die eine Kopie meiner Patientenverfügung besitzen.



Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------