

# PATIENTENVERFÜGUNG

Erstellt von: Vorname, Name \_\_\_\_\_  
Wohnort \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Diese Patientenverfügung ist in folgenden Situationen anwendbar

Ich erstelle diese Patientenverfügung nach reiflicher Überlegung für den Fall, dass ich krankheits- oder unfallbedingt nicht mehr fähig bin, meinen Willen zu äussern. Die Patientenverfügung soll zur Anwendung kommen in allen Situationen, in denen ich urteilsunfähig bin und medizinische Behandlungsentscheide getroffen werden müssen: das heisst, bei akuten, neu auftretenden Ereignissen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Unfall, aber auch bei chronisch verlaufenden Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium.

## Ich möchte mit meiner Patientenverfügung vor allem erreichen, ...

... dass die medizinischen Möglichkeiten zur Erhaltung meines Lebens ausgeschöpft werden. Mein Leiden soll bestmöglich gelindert werden, ich nehme aber in Kauf, dass die von mir gewünschte Lebenserhaltung mit Belastungen verbunden sein kann.

Das trifft für mich eher zu.

oder

... dass die medizinische Behandlung vor allem der Linderung des Leidens dient. Die Verlängerung der Lebenszeit um jeden Preis ist nicht vorrangig, auch wenn durch den Verzicht auf bestimmte medizinische Behandlungen mein Leben verkürzt werden kann.

Das trifft für mich eher zu.

## Unerwartetes akutes Ereignis (z. B. Unfall, Schlaganfall, Herzinfarkt)

Wenn ich durch ein unerwartetes akutes Ereignis urteilsunfähig werde und es sich nach ersten Notfallmassnahmen und sorgfältiger ärztlicher Beurteilung als unmöglich oder unwahrscheinlich erweist, dass ich meine Urteilsfähigkeit wieder erlange, so verlange ich den Verzicht auf alle Massnahmen, die nur eine Lebens- und Leidensverlängerung zur Folge haben.

ja  nein

## Schmerz- und Symptombehandlung

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.

oder

Wachheit und Kommunikationsfähigkeit sind für mich wichtiger als eine optimale Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen.

## Künstliche Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung

Ich gestatte die *dauerhafte* künstliche Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung (mittels Magensonde, Infusion, chirurgischer Einlage einer Ernährungssonde).

ja  nein

Falls nein:

Ich gestatte eine künstliche Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung *vorübergehend*, d. h. wenn zu erwarten ist, dass dadurch mein Leiden gelindert wird oder dass ich später, allenfalls mit Unterstützung, Flüssigkeit und Nahrung wieder auf normalem Weg zu mir nehmen kann.

ja  nein

## Reanimation im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstands und/oder Atemstillstands

Ich möchte reanimiert werden.

- ja       nein

## Vertrauensperson/Vertretungsperson in medizinischen Angelegenheiten

- Ich habe keine Vertrauensperson eingesetzt.
- Ich habe die nachfolgend genannte Vertrauensperson eingesetzt, welche ich ermächtigt, meinen Willen gegenüber dem Behandlungsteam 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 sämtliche Ärzte und Pflegefachpersonen von der Schweigepflicht.

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Strasse/PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefon      Privat \_\_\_\_\_      Geschäft \_\_\_\_\_      Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Kann meine Vertrauensperson nicht kontaktiert werden oder kann sie aus anderen Gründen diese Aufgabe nicht wahrnehmen, so bestimme ich folgende Ersatzperson:

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Strasse/PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefon      Privat \_\_\_\_\_      Geschäft \_\_\_\_\_      Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

- Ich habe die Vertrauensperson über die Patientenverfügung informiert.

## Besondere Anordnungen im Falle meines Todes

Ich möchte meine Organe spenden und gestatte die Entnahme jeglicher Organe, Gewebe und Zellen sowie die Durchführung der vorbereitenden medizinischen Massnahmen, die im Hinblick auf die Organspende notwendig sind.

- ja       nein

Ich gestatte eine Autopsie.

- ja       nein

Ich bin darüber informiert, dass das Verfassen einer Patientenverfügung freiwillig ist und dass ich diese jederzeit widerrufen oder ändern kann, solange ich urteilsfähig bin.

Ort/Datum \_\_\_\_\_      Unterschrift \_\_\_\_\_