Patientenverfügung

Vorname



Nachname



# Persönliche Daten

 

Vorname Nachname

 

Geburtsdatum



Strasse, Hausnummer Postleitzahl, Ort

 

Telefon privat Telefon mobil

 

E-Mail-Adresse



# Hausärztin/Hausarzt

Vorname/Name/Praxis Telefon

 

Strasse, Hausnummer Postleitzahl, Ort

 

Ja Nein

  Im Falle einer Hospitalisierung soll sie/er benachrichtigt werden

# Bevollmächtigung

## Angaben zur vertretungsberechtigten Person

Ich ermächtige die unten aufgeführte vertretungsberechtigte Person, meinen persönli­chen Willen in der vorliegenden Patientenverfügung gegenüber dem behandelnden ärztlichen Personal und dem gesamten behandelnden Team geltend zu machen und durchzusetzen. Die Schweigepflicht ist gegenüber der vertretungsberechtigten Person aufzuheben.

  Bezug (z.B. Partner/in) 

Vorname/Nachname Geburtsdatum

 

Strasse, Hausnummer Postleitzahl, Ort

 

Telefon privat Telefon beruflich

 

Telefon mobil E-Mail-Adresse

 

## Verzicht auf Bevollmächtigung

Ich verzichte auf die Einsetzung einer vertretungsberechtigten Person.

# Aufbewahrung meiner Patientenverfügung

Ja Nein

  Ich hinterlege meine Patientenverfügung bei der Hausärztin/ beim Hausarzt

Ich hinterlege die Patientenverfügung bei:

Vorname Nachname

 

Strasse, Hausnummer Postleitzahl, Ort

 

Telefon privat/mobil E-Mail-Adresse

 

# Medizinische Anordnungen bei kurzfristigen traumatischen Ereignissen

Sollte ich durch ein kurzfristiges traumatisches Ereignis (z.B. Unfall, Herzinfarkt, Schlag­anfall) urteilsunfähig werden, wünsche ich folgende Massnahmen:

## Massnahmen zur Wiederbelebung bei Herz-Kreislauf-Stillstand (Reanimation)

Wählen Sie eine der möglichen Antworten aus:

 Ich wünsche die Durchführung einer Reanimation

 Ich gestatte keine Durchführung einer Reanimation

## Behandlungsziel bei guter Erholungschance

 Bei guter Prognose werden alle erforderlichen medizinischen und therapeutischen Massnahmen ergriffen, wenn damit wieder ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben geführt werden kann.

## Behandlungsziel bei schlechter Erholungschance

Wählen Sie eine der möglichen Antworten aus:

 Ich wünsche, dass im Sinne der **Palliative Care** nur Massnahmen zur Linderung krankheitsbedingter Symptome (z.B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst etc.), aber nicht zur Lebenserhaltung eingesetzt werden.

**oder**

 Ich wünsche, dass **alle** medizinischen Massnahmen, die der Erhaltung des Lebens dienen, ausgeschöpft werden, einschliesslich der Linderung des Leidens. Beschwerden, die allfällig aus der lebenserhaltenden Behandlung resultieren, nehme ich in Kauf.

# Medizinische Anordnungen bei längerfristig gesundheitlichen Veränderungen (Krankheit)

## Behandlungsziel bei guter Erholungschance

 Bei guter Prognose werden alle erforderlichen medizinischen und therapeutischen Massnahmen ergriffen, wenn damit ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben geführt werden kann.

## Behandlungsziel bei schlechter Erholungschance

Wählen Sie eine der möglichen Antworten aus:

 Ich wünsche, dass im Sinne der Palliative Care nur Massnahmen zur Linderung krankheitsbedingter Symptome (z.B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst etc.), aber nicht zur Lebenserhaltung eingesetzt werden.

**oder**

 Ich wünsche, dass **alle** medizinischen Massnahmen, die der Erhaltung des Lebens dienen, ausgeschöpft werden, einschliesslich der Linderung des Leidens. Beschwerden, die allfällig aus der lebenserhaltenden Behandlung resultieren, nehme ich in Kauf.

# Weitere medizinische Anordnungen

Behandlung im Falle **einer schlechten Erholungschance** zur Präzisierung des von mir gewählten Behandlungsziels **(Punkt 6.2.2)**

* 1. **Medikamente**

 **Ja Nein Entscheidung Entscheidung
 vertretungsbe- behandelnder
 rechtigte Person Arzt**

    Medikamente zur Behandlung von neu auftretenden Erkrankungen

    Antibiotika zur Behandlung einer akuten Infektion

    Sedierende Medikamente bei unkontrollierbaren belastenden Symptomen (z.B. Schmerzen, Atemnot)

    Medikamente zur Behandlung vorbestehender Erkrankungen

## Künstliche Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr

Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus.

Ernährung Flüssigkeit

   Nein

**oder**

   Ja

   Kurzfristig, mit Aussicht, dass ich später wieder Nahrung/ Flüssigkeit auf normalem Weg aufnehmen kann (bis 1 Woche)

   Langfristig (länger als 1 Woche)

   Über die Dauer soll die vertretungsberechtigte Person entscheiden

   Über die Dauer soll die/der behandelnde Ärztin/Arzt entscheiden

## Künstliche Beatmung (nur im Spital möglich)

Wählen Sie eine der möglichen Antworten aus:

 

**oder**

 Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

 Entscheidung durch behandelnde/n Ärztin/Arzt

## Weitere Behandlungen (nur im Spital möglich)

 **Ja Nein Entscheidung Entscheidung
 vertretungsbe- behandelnder
 rechtigte Person Arzt**

    Chemotherapie, Bestrahlung

    Chirurgische Eingriffe

    Bluttransfusionen

    Dialyse

# Weitere Anordnungen zum Behandlungsort

## Behandlungsort

 Eine Behandlung auf der Intensivstation soll möglichst vermieden werden.

 Einweisung in eine Institution (Pflegeheim, Akut-Spital, Einrichtungen Palliative Care) nur wenn palliative Massnahmen zu Hause nicht durchgeführt werden können/nicht mehr möglich sind.

 **Ja Nein Entscheidung Entscheidung
 vertretungsbe- behandelnder
 rechtigte Person Arzt**

    Einweisung in ein Akutspital

     Langzeitinstitution (z.B. Pflegeheim)

    Palliative Station/Hospiz

## Angaben zu Pflege, Betreuung und psychosozialer Begleitung

Im Falle einer Urteilsunfähigkeit sind mir folgende Anliegen für meine Pflege und Betreuung wichtig (psychosoziale Begleitung, besondere Wünsche, z.B. Seelsorge oder Rituale):



## Organspende

Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus.

 Ich verbiete die Entnahme von Organen, Geweben und Zellen aus meinem Körper.

 Die vertretungsberechtigte Person soll entscheiden.

 Der behandelnde Arzt soll entscheiden.

 Ich gestatte im Falle meines Todes die Entnahme jeglicher Organe, Gewebe und Zellen und die damit verbundenen vorbereitenden organerhaltenden medizinischen Massnahmen.

 Ich gestatte im Falle meines Todes die Entnahme der unten gekennzeichne­ten Organe und die damit verbundenen vorbereitenden organerhaltenden medizinischen Massnahmen:

Sie können **mehrere** Organe ankreuzen.

Herz Nieren Bauchspeicheldrüse (Pankreas)

Lungen Dünndarm Augenhornhaut (Cornea)

Leber Haut Weitere Gewebe und Zellen

## Medizinische (klinische) Autopsie

Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus.

Ich gestatte eine Autopsie:

 Ja

 Nein

 Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

 Entscheidung durch den behandelnden Arzt

 Mein Körper soll zur medizinischen/anatomischen Forschung frei gegeben oder angemeldet werden

## Einsicht in meine Krankengeschichte nach meinem Tod

Wählen Sie eine der möglichen Antworten aus:

 Ausser meinen behandelnden Ärztinnen und Ärzten ist niemandem Einsicht in die Krankengeschichte zu gewähren.

 Der vertretungsberechtigten Person ist Einsicht zu gewähren

# Ärztliche Bestätigung

Die nachfolgenden Angaben sind freiwillig.

**Ärztliche Bestätigung der Urteilsfähigkeit zum Zeitpunkt des Erstellens**

Erstellt durch:

 

Vorname Nachname

 

Strasse, Hausnummer Postleitzahl, Ort

 

Datum Unterschrift, Stempel

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Unterschrift

Die vertretungsberechtigte Person, ist über den Inhalt dieser Patientenverfügung informiert:

Datum Unterschrift, Stempel

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mit dieser Unterschrift bekunde ich meinen rechtsverbindlichen Willen im Hinblick auf medizinische Massnahmen und weitere verbindliche Anordnungen im Falle der eigenen Urteilsunfähigkeit.

Datum Unterschrift, Stempel

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_