

Patientenverfügung (Art. 370 ZGB)

Haltungen und Wünsche/Willensäußerung zu medizinischen Massnahmen

Name und Vorname

Geburtsdatum:

Wohnadresse zur Zeit der Erstellung:

Krankenkasse / Mitglied Nr.

AHV-Nummer:

Diese Patientenverfügung ist speziell auf Personen zugeschnitten, bei denen der Eintritt in ein Spital oder Pflegeheim bevorsteht oder die an einer schweren Krankheit leiden. Sie gilt auch für unvorhergesehene Notfallsituationen (Unfall, Schlaganfall etc.). Damit können Sie sich zu erwünschten und nicht erwünschten medizinischen Massnahmen äussern für den Fall, dass Sie später nicht mehr selber in der Lage sind, Ihren Willen zu äussern. Sie können für diesen Fall auch eine Vertrauensperson zur Vertretung in medizinischen Fragen einsetzen.

Das Ausfüllen einer Patientenverfügung ist freiwillig.

Die Patientenverfügung hat zwei Ziele:

- Ihnen soll sie helfen, Ihre Bedürfnisse und Wünsche klarer zu erkennen und auszudrücken,
- Ihren Vertrauenspersonen, Angehörigen und dem Betreuungsteam hilft sie, Ihnen als Person besser gerecht zu werden.

Die Patientenverfügung ist für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte verbindlich. Erstellen Sie diese ohne zeitlichen Druck und nach reiflicher Überlegung, so wie es für Sie stimmt. Besprechen Sie die Fragen nach Möglichkeit mit Angehörigen, Vertrauenspersonen und mit Ihrem Vertrauensarzt/Ihrer Vertrauensärztin, bevor Sie unterschreiben.

Meine Lebenssituation zum Zeitpunkt, da ich die Patientenverfügung errichte:

Persönliche Situation und (ethische) Überlegungen:

Gegenwärtige Lebenssituation (positive Elemente z.B. harmonische Partnerschaft, gute Einbettung in Familie (z.B. enge Familienbande, komplexe Familiensituationen/Patchwork-Familie, Streit in der Familie), stabile psychische Situation; negative Elemente z.B. Verlust eines Partners, Einsamkeit, Zukunftsängste, Streit o.ä.). Hier können Sie auch (freiwillig) persönliche ethische und religiöse Überlegungen/Überzeugungen anstellen, die auf die medizinische Behandlung und Pflege Einfluss haben können (z.B. Religionszugehörigkeit, persönliche Einstellung zum Leben und zu Sterbehilfe etc.). Bei Bedarf separates Zusatzblatt verwenden.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Familiensituation:

Folgende Personen sollten orientiert werden, wenn ich notfallmässig ins Spital eingewiesen werde:

- Ich bin verheiratet / lebe in einer Partnerschaft mit.....
- Ich habe folgende Kinder, die im Falle meiner Handlungsunfähigkeit zu benachrichtigen sind (Name, Geburtsjahr, Adresse und Telefonnummer):

.....
.....
.....

- Folgende (andere) Personen sind zu benachrichtigen (Adresse und Telefonnummer):

.....
.....
.....

Gesundheitssituation:

- Ich bin weitgehend gesund, bzw. leide an keinen schweren Krankheiten. Diese Patientenverfügung wird vorsorglich errichtet („man weiss ja nie“).
- Die Patientenverfügung wird errichtet, weil ein Spitaleintritt in absehbarer Zeit bevor steht wegen:
.....
.....
- Ich leide an folgenden schweren Krankheiten, die zu einem (ordentlichen oder notfallmässigen) Spital- oder Heimeintritt führen könnten:
.....
.....
- Ich benötige regelmässig folgende Medikamente oder andere Therapien:
.....
.....
- Ich hatte in den letzten Jahren folgende schweren Erkrankungen und Operationen:
.....
.....
- Weitere Angaben zu meinem Gesundheitszustand (spezielle Impfsituation, Allergien, Unverträglichkeiten etc.):
.....
.....

Betreuende Ärzte und Beratungsstellen:

Folgende Ärztinnen und Ärzte, bzw. Beratungsstellen haben mich bisher betreut und kennen meine gesundheitliche Situation. Ich ermächtige Sie hiermit ausdrücklich, dem Spital die nötigen Informationen zu liefern, damit meine Betreuung optimal organisiert werden kann. In diesem Rahmen entbinde ich Sie ausdrücklich vom Berufsgeheimnis (möglichst genaue Adressen und Telefonnummern):

Behandelnde/beratende Stelle:	Funktion / Zuständigkeit
.....
.....
.....

Meine Haltung zu medizinischen Massnahmen:

Folgende Überlegungen sind bei der Auslegung der Einzel-Anordnungen einzubeziehen:

- Ich erwarte, dass ich im Rahmen der heutigen medizinischen Möglichkeiten und soweit es medizinisch vernünftig ist, behandelt werde und dass mein Leben erhalten und verlängert wird.
- Ich wünsche, dass mein Leben im Rahmen der heutigen medizinischen Möglichkeiten nur erhalten und verlängert wird, wenn Aussicht besteht, dass grundlegende Lebensqualitäten (z.B. Wahrnehmungsfähigkeit, Verständigungsfähigkeit) wiedererlangt werden können.

Für mich gehört zu den grundlegenden Lebensqualitäten:

.....
.....
.....
.....

- Ich wünsche eine Behandlung und Lebensverlängerung nur, wenn Aussicht besteht, dass ich wieder ein selbstbestimmtes Leben führen kann.
- Ich wünsche grundsätzlich keine lebensverlängernde Behandlung, sondern primär eine Linderung von Leiden und eine pflegerische Begleitung.
- Andere grundsätzliche Überlegungen zu medizinischen Massnahmen:

.....
.....
.....

Willensäusserung zu medizinischen Massnahmen:

1. Schmerzen, Atemnot, Angst, Übelkeit, Erbrechen, Schlaflosigkeit und Ähnliches sind oft belastend oder gar quälend.

Eine medikamentöse Schmerzlinderung kann auf Kosten der Kommunikationsfähigkeit gehen. Mir ist wichtiger:

- Schmerzlinderung
- Erhalt der Kommunikationsfähigkeit

Mir ist wichtig, dass ich mich - zumindest zeitweise - mit meinen Angehörigen unterhalten kann, bzw. dass ich mich während des Sterbens von ihnen verabschieden kann. Dafür nehme ich in dieser Zeit vermehrte Schmerzen in Kauf. **Ja** **Nein**

Müssten die Medikamente zur Schmerzlinderung so hoch dosiert werden, dass dies zu einer Lebensverkürzung führen könnte, nehme ich dies in Kauf. **Ja** **Nein**

Weiter ist mir wichtig:

.....
.....

2. Ich gehe davon aus, dass sich eine Reanimation bei erfolgtem oder drohendem Herz- oder Kreislaufstillstand nach den obigen grundsätzlichen Überlegungen richtet. Soll in folgenden Fällen auf eine Reanimation verzichtet werden, bzw. soll die eingeleitete Reanimation abgebrochen werden? (Zutreffendes ankreuzen)

im Endzustand einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit **Ja** **Nein**

wenn ich voraussichtlich bleibend geistig schwer verwirrt bin, sodass ich nicht mehr weiss, wer ich bin, wo ich bin und Familie und Freunde nicht mehr erkenne. **Ja** **Nein**

bei lang anhaltender Bewusstlosigkeit ohne realistische Aussicht auf Besserung **Ja** **Nein**

bei drohender schwerer Invalidität (Lähmungen, Sprachstörungen o.ä.) **Ja** **Nein**

In folgenden weiteren Situationen: **Ja**

.....

Immer, d.h. ich wünsche generell keine Reanimation. Gründe: **Ja** **Nein**

.....

3. Ich gehe davon aus, dass ich im Zustand der Bewusstlosigkeit weder Hunger noch Durst leiden muss. Kann in folgenden Fällen auf künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr verzichtet werden? (Zutreffendes ankreuzen)

im Endzustand einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit **Ja** **Nein**

bei lang anhaltender Bewusstlosigkeit ohne realistische Aussicht auf Besserung **Ja** **Nein**

Wichtig ist mir:

.....

4. Wenn mein Sterben naht und sich die Frage stellt, ob ich ins Spital gebracht werden soll, möchte ich: (zutreffendes ankreuzen)

lieber nicht mehr ins Spital eintreten **Ja** **Nein**

wenn möglich in eine Institution mit spezialisierter palliativer Pflege eintreten **Ja** **Nein**

nur dann eintreten, wenn die Belastung für meine Angehörigen zu gross wird **Ja** **Nein**

dass meine Angehörigen entscheiden **Ja** **Nein**

Wichtig ist mir in der Sterbephase: (z.B. Anwesenheit/Nichtanwesenheit bestimmter Personen, Wunsch oder Ablehnung von Musik / Düften u.a.)

.....

Vertretungsberechtigte Personen:

Es ist mir bewusst, dass mit diesem Dokument nicht alle vorstellbaren konkreten Situationen erfasst werden können. Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, selber zu entscheiden oder meinen Willen auszudrücken, sollen die Personen, die mich vertreten, im Sinn und Geist der vorstehenden Patientenverfügung entscheiden. Sie handeln nach meinem mutmasslichen Willen und meinen wohlverstandenen Interessen nach Aufklärung durch den Arzt/die Ärztin.

Ich ermächtige hiermit folgende Personen in dieser Reihenfolge, die Zustimmung oder Verweigerung zu medizinischen Massnahmen zu erteilen und mich in medizinischen Fragen zu vertreten. (Empfehlung: Diese Personen vorgängig anfragen, ob sie bereit sind, diese Aufgabe zu übernehmen):

1. Name: Vorname:
Geburtsdatum:
Strasse: PLZ Ort:
Telefon:
Grund zur Beauftragung / evtl. Verwandtschaftsgrad:

2. Name: Vorname:
Geburtsdatum:
Strasse: PLZ Ort:
Telefon:
Grund zur Beauftragung / evtl. Verwandtschaftsgrad:

Wenn ich hier nichts anderes anordne und auch keine Beistandschaft für die medizinischen Fragen besteht, werde ich von Angehörigen vertreten, die mir regelmässig Beistand leisten, und zwar in folgender Reihenfolge (Art. 378 ZGB):

1. Ehegatten/eingetragene Partner
2. Wohnpartner
3. Nachkommen
4. Eltern
5. Geschwister

Besondere Anordnungen (fakultativ):

Organspende

Ich stimme einer Organspende ausdrücklich zu. Nach meinem Tod können zum Zweck der Transplantation Organe, Gewebe oder Zellen im Sinne des Transplantationsgesetzes entnommen werden. **Ja** **Nein**

Ich überlasse es folgenden Personen, über eine Freigabe meiner Organe nach meinem Tod zu entscheiden:

- meinen nächsten Angehörigen **Ja** **Nein**
- folgender Person meines Vertrauens im Sinne von Art. 8 Abs.6 des Transplantationsgesetzes: **Ja** **Nein**

.....
.....
.....

Seelsorge

Ich wünsche eine seelsorgerliche Betreuung, wenn mein Lebensende naht oder ich Todesgefahr schwebe. **Ja** **Nein**

Ich gehöre folgender Religion/Konfession an:

.....

Ich möchte, dass ein bestimmter Seelsorger / eine bestimmte Seelsorgerin avisiert wird, nämlich (Name und Adresse): **Ja** **Nein**

.....
.....

Ich möchte durch die Spitalseelsorgerin / den Spitalseelsorger besucht und betreut werden. **Ja** **Nein**

Mir ist wichtig, dass ich vor dem Sterben die Sterbesakramente bekomme. **Ja** **Nein**

Weitere Anordnungen und Wünsche

.....
.....
.....

Schlusserklärung

Diese Patientenverfügung entspricht meinem frei gebildeten Willen. Ich wurde von niemandem unter Druck gesetzt und habe die Fragen/Antworten verstanden.

Alle früheren Patientenverfügungen oder Anordnungen, die dieser Patientenverfügung widersprechen, werden damit hinfällig.

Ich habe meine Entscheidung mit der folgenden Person bzw. mit folgenden Personen abgesprochen, die bestätigen können, dass ich zum Zeitpunkt der Abfassung der Patientenverfügung urteilsfähig war und dass sie meinem freien Willen entspricht:

.....
.....

Ort und Datum:

.....

Eigenhändige Unterschrift:

.....

Hinterlegung:

Das Original dieser Patientenverfügung ist an folgendem Ort/bei folgender Person hinterlegt:

.....
.....

(Hinweis: rechtlich gültig ist nur das eigenhändig unterzeichnete Original; Kopien dienen nur der Information, sind ohne das Original jedoch nicht rechtsverbindlich. Die Patientenverfügung kann auch auf der Patientenkarte der Krankenkasse eingetragen werden).

Periodische Überprüfung und Bestätigung:

Es wird empfohlen, diese Patientenverfügung mindestens alle zwei Jahre zu überprüfen und unterschriftlich zu bestätigen. Achtung: Änderungen dürfen nicht vorgenommen werden. **Falls Sie einzelne Anordnungen der Patientenverfügung ändern wollen, müssen Sie die ganze Verfügung neu errichten und die alte vernichten!**

Die vorstehende Patientenverfügung entspricht immer noch meinem Willen:

Ort und Datum:

.....

Eigenhändige Unterschrift:

.....

Ort und Datum:

.....

Eigenhändige Unterschrift:

.....

Ort und Datum:

.....

Eigenhändige Unterschrift:

.....