

Patientenverfügung

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Nach einem ausführlichen Gespräch mit (Arzt, Pflegefachperson, Seelsorger, usw.):

gebe ich nach reiflicher Überlegung und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte nachstehend meinen Willen kund für den Fall, dass ich dazu einmal nicht mehr in der Lage sein sollte.

1. Alle meine bisherigen Patientenverfügungen hebe ich hiermit vollständig auf.
2. Meine Einstellung, Erfahrungen, Gedanken, Werte zu Leben und Tod, Krankheit, Abhängigkeit, Lebensqualität, Würde:

3. Wenn bei aussichtsloser Prognose oder im Endstadium einer Krankheit elementare Lebensfunktionen so schwer beeinträchtigt sind, dass das Leben nur durch dauernden Einsatz intensivmedizinischer Massnahmen aufrechterhalten werden kann und mein Zustand von sich aus zum Tode führen wird, sind alle diagnostischen und therapeutischen lebensverlängernden Massnahmen zu unterlassen. Vorbehalten bleiben Massnahmen der Palliative Care.

4. Bezüglich Palliative Care wünsche ich, dass aufgrund einer ganzheitlichen Beurteilung angemessene Massnahmen getroffen werden, um belastende Symptome wie Schmerzen, Atemnot, Durst, Angst, Unruhe oder Übelkeit zu lindern. Ich nehme ausdrücklich in Kauf, dass Massnahmen der Palliative Care,

- mein Leben verkürzen können: Ja Nein Weiss nicht
- mein Bewusstsein beeinträchtigen können: Ja Nein Weiss nicht

5. Meine Willenserklärung in Bezug auf Zulässigkeit der folgenden Massnahmen:

- Eintrag auf Versichertenkarte: Ja Nein Weiss nicht
- Reanimation: Ja Nein Weiss nicht
- Langdauernde Künstliche Ernährung: Ja Nein Weiss nicht
- Autopsie: Ja Nein Weiss nicht
- Transplantation: Ja Nein Weiss nicht

6. Hiermit bestätige ich, dass ich in Bezug auf mein fortgeschrittenes Alter, meine Erkrankungen, deren mögliche Komplikationen und palliativen (lindernden) therapeutischen Massnahmen ärztlich aufgeklärt und beraten wurde. Diese Aufklärung beinhaltete folgende Aspekte:

7. Ich wünsche, dass die vorliegende Patientenverfügung im Rahmen des rechtlich Zulässigen respektiert wird. Soweit in dieser Verfügung Weisungen fehlen, soll der nachfolgend ernannte Vertreter einen Entscheid gemäss meinem mutmasslichen Willen und meinen Interessen fällen. Die behandelnden Ärzte und Pflegepersonen haben sich mit dem Vertreter zu besprechen, falls lebenswichtige Entscheide zu treffen sind. Gegenüber dem Vertreter entbinde ich hiermit alle mich behandelnden Personen vom Berufsgeheimnis. Zu meinem Vertreter bestimme ich:

Name / Vorname:
Adresse / Wohnort:
Telefon / E-Mail:

Sollte der Vertreter für diese Aufgabe dannzumal nicht geeignet sein, den Auftrag nicht annehmen oder an dessen Ausübung verhindert sein, bestimme ich ersatzweise als Vertreter:

Name / Vorname:
Adresse / Wohnort:
Telefon / E-Mail:

8. Ich wünsche eine spirituelle / seelsorgerliche Begleitung: Ja Nein
Wenn ja, möglichst durch:

9. Weitere Wünsche, insbesondere Gestaltung der Sterbephase, erwünschte und unerwünschte Personen, Sterbeort, religiöse Handlungen, Bestattung:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Diese Verfügung habe ich nach einem Gespräch mit (Arzt, Pflegefachperson, Seelsorger, usw.)

erneuert bzw. aktualisiert:

Datum: _____ Unterschrift: _____