

# Patientenverfügung

## Erstellt von

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

## Meine Vertretung

Ich habe nachfolgend genannte Vertretungsperson eingesetzt, welche ich ermächtige, meinen Willen gegenüber dem Behandlungsteam geltend zu machen. Diese Person ist über meinen Zustand zu informieren und in die Entscheidungsfindung einzubeziehen; sie kann meine Krankheitsgeschichte einsehen und ich entbinde ihr gegenüber sämtliche Ärzte und Pflegefachpersonen von der Schweigepflicht.

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

Adresse \_\_\_\_\_

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

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

## 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;

oder

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

## Meine Wünsche betreffen im Speziellen

### Lebensverlängernde Massnahmen

- Ich möchte, dass alle medizinischen Möglichkeiten voll ausgeschöpft werden, welche meinen Gesundheitszustand verbessern.
- Ich möchte medikamentös und/oder elektrisch/mechanisch reanimiert werden.
- Ich möchte nicht reanimiert werden
- Ich verzichte auf alle diagnostischen und therapeutischen Massnahmen zur Lebensverlängerung. Ebenfalls sollen Medikamente zur Kreislaufstabilisation sowie künstliche Ernährung oder Antibiotika u. ä. abgesetzt werden, wenn diese aus ärztlicher Sicht aussichtslos erscheinen.

### Schmerzlinderung und Beruhigung

- Ich möchte, dass Schmerz- und Beruhigungsmittel in grosszügiger Weise dosiert werden, auch Nehme ich eine allfällige Beeinträchtigung des Bewusstseins in Kauf oder eine Verkürzung meines Lebens.
- Ich möchte, dass Schmerz- und Beruhigungsmittel nur eingesetzt werden, um meinen Zustand erträglich zu gestalten. Vorübergehende Perioden mit klarem Bewusstsein sind mir sehr wichtig.

### Langzeitpflege

Wenn mein Gesundheitszustand die Frage nach einem Eintritt ins Spital aufkommen lässt;

- Möchte ich immer ins Spital eingewiesen werden.
- Möchte ich nur eingewiesen werden, sofern Aussicht auf Verbesserung meiner Lebensqualität oder Linderung meines Schmerzzustandes besteht.

### Entscheide über Sterben und Tod

- Ich wünsche mir Begleitung/Betreuung durch:  

---
- Ich wünsche mit Begleitung durch WABE.
- Ich wünsche mir den Besuch des Pfarrers  katholisch  reformiert
- Ich wünsche mir keine religiöse Betreuung/Begleitung beim Sterben.
- Ich wünsche mir im Allgemeinen keine Betreuung beim Sterben ausser meiner nächsten Angehörigen.

**Nach dem Tod möchte ich gerne:**

- Eine Erdbestattung
- Eine Kremation
- Als Bestattungsunternehmen wähle ich; \_\_\_\_\_
- Ich möchte folgende Kleidungsstücke tragen: \_\_\_\_\_

**Als Grab möchte ich:**

- Konventionelles Grab
- Gemeinschaftsgrab
- Kein Grab
- Eine andere Form der Bestattung:  
\_\_\_\_\_

**Zur Abdankung möchte ich:**

- Eine konventionelle Abdankung
- Keine Abdankung
- Eine andere Gestaltung oder Ort:  
\_\_\_\_\_

**Weitere Wünsche, welche mir wichtig sind in dieser Patientenverfügung:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Diese Patientenverfügung habe ich hinterlegt bei:**

- Meiner obengenannten Vertrauensperson  Meinem Hausarzt
- Dem Pflegepersonal des Hauses

**Ort/Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_