

Patientenverfügung / Vorsorgliche Willensbekundung

Als Entscheidungshilfe für behandelnden Arzt / Pflegepersonal

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort, für Schweizer Heimatort: _____

Wohnort: _____

Strasse: _____

Falls ich in einen Zustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiderruflich verloren habe ①, will ich,

- dass man auf Massnahmen verzichtet, die nur noch eine Sterbens- und Leidensverlängerung bedeuten würden (z.B. Beatmung, medikamentöse Kreislaufunterstützung, Antibiotika, Nierenersatzverfahren)
- dass keine aktiven Handlungen durchgeführt werden, die zum Tod führen (assistierter Suizid).

Ich möchte wie folgt behandelt werden (wenn angekreuzt):

- Keine Transplantationen Keine Chemotherapien ohne meine ausdrückliche Bewilligung.
- Ich möchte, dass Schmerz- und Beruhigungsmittel grosszügig dosiert werden. Ich nehme daher eine allfällige Beeinträchtigung des Bewusstseins oder eine Verkürzung des Lebens in Kauf.
- Ich möchte, dass Schmerz- und Beruhigungsmittel nur eingesetzt werden, um meinen Zustand erträglich zu gestalten. Vorübergehende Perioden mit klarem Bewusstsein sind mir wichtig.
- Ich möchte, wenn der Fall siehe ① eintritt, dass alle lebenserhaltenden Massnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, also ohne Zwang und keine künstliche Ernährung - unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung und Flüssigkeit (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge).
- Ich erlaube Untersuchungen zu Forschungszwecken, Fotografien, Lehrvorführungen zu Lebzeiten.
- Ich verbiete Untersuchungen zu Forschungszwecken, Fotografien oder Lehrvorführungen.
- Ich möchte, dass nach meinem Tod keine Obduktion durchgeführt wird.

Organspende

- Ich will, dass mir keine Organe zu Spendenzwecke entnommen werden.
- Nach meinem Tod dürfen mir alle Organe, die sich für eine Organspende eignen, entnommen werden.

Sterbeort

- Wenn eine optimale Betreuung gewährleistet und es für meine Angehörige zumutbar ist, möchte ich zu Hause sterben.
- Ich ziehe es vor, im Spital/Heim zu sterben
- Ich möchte in folgendem Sterbehospiz sterben:

Vollmacht

Für jeweilige Probleme, die Entscheidungen über das weitere Vorgehen erfordern, verlange ich, dass die verantwortlichen Ärzte mit folgenden Personen und/oder folgendem Arzt meines Vertrauens Rücksprache nehmen. Diese Personen haben die Vollmacht, dafür besorgt zu sein, dass meine Anweisungen und Wünsche in der Patientenverfügung befolgt werden. Ich entbinde meine behandelnden Ärzte und Pflegepersonen ihr/ihm gegenüber ausdrücklich vom Patienten- und Arztgeheimnis. Die Personen haben eine Kopie dieser Patientenverfügung erhalten und auch nach meinem Tod Einsicht in meine Krankengeschichte:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Ort, Datum, Unterschrift: _____

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Ort, Datum, Unterschrift: _____

