

Patientenverfügung

/ Meine Personalien

Vorname, Name:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Ich bestimme für den Fall, dass ich aufgrund eines Unfalls, einer schweren Krankheit oder einer Demenz nicht mehr in der Lage sein sollte, selbst zu entscheiden:

/ Vertretungsperson in medizinischen Angelegenheiten

Ich ermächtige

Vorname, Name:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

Mobiltelefon:

E-Mail:

Unsere Beziehung:

alle Entscheidungen zu medizinischen und/oder pflegerischen Massnahmen an meiner Stelle zu treffen. Der genannten Person gegenüber entbinde ich die behandelnden Ärzt:innen und Pflegenden vom Berufsgeheimnis.

Ist die Vertretungsperson nicht erreichbar oder kann aus anderen Gründen die Aufgabe nicht wahrnehmen, bestimme ich folgenden Ersatz:

/ Ersatzperson in medizinischen Angelegenheiten

Vorname, Name:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

Mobiltelefon:

E-Mail:

Unsere Beziehung:

Ihre Einstellung zum Leben und zum Sterben

Die Fragen zur Einstellung hat Advance Care Planning – ACP Swiss entwickelt.

Anlass des Gesprächs

Warum möchten Sie eine Patientenverfügung erstellen? Was möchten Sie damit erreichen?

Wie ist Ihr gesundheitlicher Zustand?

Haben Sie aktuell eine Erkrankung? Was denken Sie, mit welchen gesundheitlichen Veränderungen müssen Sie eventuell rechnen? Hat Ihre Hausärzt:in Ihnen dazu Informationen gegeben?

Wie gerne leben Sie?

Wie wichtig ist es Ihnen, im jetzigen Zustand noch lange zu leben?

Wenn Sie ans Sterben denken – was kommt Ihnen dann in den Sinn?

Wenn ich Ihnen sagen könnte, dass Sie heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen – was würde das jetzt in Ihnen auslösen?

Darf eine medizinische Behandlung dazu beitragen, Ihr Leben in einer Krise zu verlängern? Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit lebensverlängernden Massnahmen gemacht?

Was würden Sie in Kauf nehmen, um länger leben zu können?

Gibt es Situationen, in denen Sie nicht mehr lebensverlängernd behandelt werden wollen?

Welche Sorgen oder Ängste bewegen Sie, wenn Sie an zukünftige medizinische Behandlungen denken?
Was soll auf keinen Fall geschehen?

Welche persönlichen Überzeugungen leiten Sie im Leben (spirituell, religiös, kulturell)?

Was hilft Ihnen in schwierigen Situationen?

Medizinische Behandlungen

Generelles Therapieziel

Ich wünsche in jedem Fall und um jeden Preis lebensverlängernde medizinische Massnahmen.

Ich leide an einer unheilbaren Krankheit.

Ja Nein Name der Krankheit:

Falls ich einen Herz-Kreislauf-Stillstand und/oder einen Atemstillstand erleide, möchte ich reanimiert werden.

Ja Nein

Begründung meiner Haltung:

Ich wünsche, dass medizinische Massnahmen meinem Wohlbefinden und der Linderung von Leiden dienen. Das Verlängern der Lebenszeit um jeden Preis ist für mich nicht vorrangig. Ich nehme in Kauf, dass durch den Verzicht auf bestimmte medizinische Behandlungen mein Leben verkürzt werden kann.

Begründung meiner Haltung:

Durch einen Unfall oder eine Erkrankung wie einen Schlaganfall oder eine Demenz kann ich urteilsunfähig werden. Nach ersten Notfallmassnahmen und sorgfältiger ärztlicher Beurteilung kann es sich als unmöglich erweisen, dass ich meine Urteilsfähigkeit wiedererlange. **Ich bleibe urteilsunfähig.** In diesem Fall wünsche ich, dass

> auf jegliche invasiven Eingriffe (z. B. Operation, Intubieren) und jegliche lebensverlängernden Behandlungen verzichtet wird, wenn die Ärzt:innen davon ausgehen, dass mit diesen Massnahmen keine merkliche Linderung meines Leidens möglich ist.

Einverstanden Nicht einverstanden

Begründung meiner Haltung:

- > ich bei starken Schmerzen eine voll ausgeschöpfte schmerzlindernde Behandlung erhalte, auch wenn sie meinen Bewusstseinszustand beeinträchtigt oder dadurch meine Lebenszeit verkürzt wird.

Einverstanden Nicht einverstanden

Begründung meiner Haltung:

- > wenn ich nicht mehr in der Lage bin, Nahrung oder Flüssigkeit auf natürlichem Weg aufzunehmen, ich eine **zeitweilige** künstliche Zufuhr (z. B. per Magensonde, intravenöse Infusion oder Ernährungssonde durch die Magenwand) erhalte, um meine Lebensqualität zu bewahren.

Einverstanden Nicht einverstanden

Begründung meiner Haltung:

- > wenn ich nicht mehr in der Lage bin, zu essen oder zu trinken, lehne ich eine **langfristige** künstliche Ernährung ab (z. B. per Magensonde oder Infusion).

Einverstanden Nicht einverstanden

Begründung meiner Haltung:

/ Meine Patientenverfügung besagt, dass ich keine lebensverlängernden Massnahmen wünsche

Falls ich an fortgeschrittener Demenz mit bleibender Urteilsunfähigkeit erkrankt bin und ein Verhalten zeige, das als Lebenswillen interpretiert wird, wünsche ich, dass:

- meine Vertrauensperson meine festgelegten Massnahmen ändern kann.
 die von mir festgelegten Massnahmen durchgesetzt werden.

/ Meine Patientenverfügung besagt, dass ich lebensverlängernde Massnahmen wünsche

Falls ich an Demenz erkrankt bin und ein Verhalten zeige, das als Sterbewillen interpretiert wird, wünsche ich, dass:

- meine Vertrauensperson angesichts der Umstände anders entscheiden kann.
 meine festgelegten Massnahmen durchgesetzt werden.

Seelsorgerische Betreuung und Sterbebegleitung

Meine Wünsche:

Organspende und Autopsie

Ich gestatte eine Autopsie meines Körpers nach meinem Tod.

Ja Nein

Ich gestatte die Entnahme meiner Organe nach meinem Tod:

> für eine Organspende: ja nein

> zu medizinischen Zwecken: ja nein

Bestattung, Beisetzung und Abdankung

Ich wünsche

eine Kremation eine Erdbestattung eine Abdankung
 ein konventionelles Grab ein Familiengrab ein Gemeinschaftsgrab
 eine Trauerfeier anderes

Ort, Datum:

Unterschrift:
