

Patientenverfügung





Patientenverfügung

Name / Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ / Wohnort

Nach einem ausführlichen Aufklärungsgespräch mit folgenden Beratungspersonen:

Name / Funktion

Name / Funktion

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

Ich bin mir bewusst, dass diese Willenserklärung durch mich jederzeit geändert werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift



2. Was mir grundsätzlich wichtig ist

Die Antworten auf die unten stehenden Fragen sollten Sie im Hinblick darauf formulieren, dass Ihre Aussagen im Falle Ihrer Entscheidungs- oder Äusserungsunfähigkeit - den Ärzten, Pflegefachpersonen, Angehörigen und anderen sie betreuenden Personen eine Hilfe zur Entscheidungsfindung in Ihrem Sinne sein können.

2.1. Für mein körperliches Wohlbefinden stehen folgende Punkte im Vordergrund:

.....

.....

.....

.....

2.2. Zu meinem seelischen / psychischen Wohlbefinden trägt Folgendes bei:

.....

.....

.....

.....

2.3. Aus religiöser / spiritueller Hinsicht ist mir besonders wichtig:

.....

.....

.....

2.4. Bezüglich meiner Familie, Freunde, anderer Mitbetroffener möchte ich Folgendes festhalten:

.....

.....

.....

.....

2.5. Was heisst für mich persönlich „in Würde sterben“?

.....

.....

.....



3. Individuelle Willenserklärung für medizinische Massnahmen

Diese Willenserklärung habe ich auf Grund der Punkte 1 und 2 dieser Patientenverfügung verfasst und habe mich dabei von den aufgeführten Fachpersonen (Seite 2) beraten lassen.

a) Reanimation Ja Nein

b) Medizinische Massnahmen

(z.B. Bluttransfusionen, Antibiotika, Intensivstation, künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe, Schmerzmittel, atemerleichternde Medikamente, Beruhigungsmittel)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Folgende Bedürfnisse/ Anordnungen im Hinblick auf medizinische Massnahmen sind mir noch wichtig:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



4. Weitere Wünsche / Bedürfnisse

4.1. Pflegerische Bedürfnisse am Lebensende

- Ich wurde darüber informiert, dass es für die ausführliche Formulierung meiner Wünsche bezüglich Pflege am Lebensende ein Zusatzdokument gibt.

- Ich verzichte auf dieses zusätzliche Dokument und formuliere meine wichtigsten Anliegen bezüglich pflegerischer Gestaltung am Lebensende.

Folgende Anliegen sind mir wichtig bezüglich Pflege:

.....

.....

.....

.....

4.2. Spirituelle Bedürfnisse

Ich wünsche eine spirituelle / seelsorgerliche Begleitung:

Ja Nein

Wenn ja, kontaktieren Sie folgende Person:

Name /Vorname:

Adresse:

Telefon / Fax / Mail:

- Es kann jemand anders aus der Seelsorge sein.

Ich schätze / wünsche folgende Rituale / Vorgehensweisen:

.....

4.3. Sterbeort

Nach Möglichkeit möchte ich Zuhause sterben.

Ja Nein

Ich möchte lieber in einer medizinisch-pflegerischen Institution sterben.

Ja Nein

Mir ist wichtig zu dieser Frage:

.....

4.4. Autopsie

Ich wünsche

keine Autopsie

eine Autopsie

Bemerkungen:



5. Stellvertretung

Sollte ich nicht mehr in der Lage sein eine Entscheidung selber zu treffen, so bestimme ich nachfolgende Personen als meine Stellvertreter (nach ZGB Erwachsenenschutzrecht, Art.378), die sich für die Umsetzung dieser Patientenverfügung einsetzen werden.

1	2
Name / Vorname:	Name / Vorname:
.....
Beziehungsgrad*:	Beziehungsgrad*:
.....
Strasse:	Strasse:
.....
PLZ / Ort:	PLZ / Ort:
.....
Telefon / Natel:	Telefon / Natel:
.....
Datum:	Datum:
.....
Unterschrift*:	Unterschrift*:
.....

3	4
Name / Vorname:	Name / Vorname:
.....
Beziehungsgrad*:	Beziehungsgrad*:
.....
Strasse:	Strasse:
.....
PLZ / Ort:	PLZ / Ort:
.....
Telefon / Natel:	Telefon / Natel:
.....
Datum:	Datum:
.....
Unterschrift*:	Unterschrift*:
.....

* fakultativ

6. Hinterlegung

Eine Kopie meiner Patientenverfügung befindet sich bei:

Name / Vorname:	Name / Vorname:
.....
Beziehungsgrad*:	Beziehungsgrad*:
.....
Strasse:	Strasse:
.....
PLZ / Ort:	PLZ / Ort:
.....
Telefon / Natel:	Telefon / Natel:
.....
Datum:	Datum:
.....

Name / Vorname:	Name / Vorname:
.....
Beziehungsgrad*:	Beziehungsgrad*:
.....
Strasse:	Strasse:
.....
PLZ / Ort:	PLZ / Ort:
.....
Telefon / Natel:	Telefon / Natel:
.....
Datum:	Datum:
.....

* fakultativ



7. Erneuerung

Diese Verfügung habe ich erneuert / aktualisiert am

(ideal: alle 1 - 2 Jahre oder wenn sich ihre Krankheits- oder Lebenssituation verändert)

Datum:	Unterschrift:
Datum:	Unterschrift:
Datum:	Unterschrift:

*Gemäss ZGB Erwachsenenschutzrecht bleibt eine PV bis auf schriftlichen Widerruf gültig

©Palliativzentrum KSSG

Redaktionsteam

Büche Daniel, Leitender Arzt

Würth- Kegel Yvonne, Pflegefachfrau

Mona Mettler, Pflegefachfrau

Elke Rey- Burg, Pflegefachfrau; verantwortliche Person

Autorin	Dateiname_Erstellungsdatum	freigegeben durch	Überarbeitung
Erstellt: Palliativstation, C. Knipping_1999	Patientenverfügung	D.Büche_Juli 2015	Juli_2020