

MEINE PATIENTENVERFÜGUNG

Persönliche Wertvorstellungen – wie ich mein eigenes Leben und Sterben sehe

Die Patientenverfügung berührt viele Fragen des Menschseins. Persönliche Einstellungen und Werte in Bezug auf Gesundheit und Krankheit und Sterben und Tod sind auch für medizinische Entscheide eine wertvolle Orientierung. Sie haben hier die Möglichkeit, dies schriftlich festzuhalten.

Sprechen Sie mit Ihrem Partner, Ihrer Partnerin, Ihren Angehörigen, Ihrem Arzt, Ihrem Pflegefachpersonal oder anderen Ihnen vertrauten Personen über Ihre Patientenverfügung. Gespräche können helfen, den eigenen Weg zu finden.

Einige Fragen sollen hierzu als Anregung dienen:

- Was verstehe ich unter Lebensqualität?
- Welche Einschränkungen könnte ich nur schwer akzeptieren?
- Möchte ich möglichst lange leben oder eher möglichst gut in der mir verbleibenden Zeit?
- Welche Erfahrungen, welche Einstellung, welche Befürchtungen habe ich bezüglich Krankheit, Sterben und Tod?
- Welche Rolle spielen Familie oder Freunde für mich?
- Welche Menschen habe ich gerne um mich?
- Wünsche ich mir eine seelsorgerische Betreuung?

.....
.....
.....

Ich erstelle diese Patientenverfügung nach reiflicher Überlegung für den Fall, dass ich krankheits- oder unfallbedingt nicht mehr selber in der Lage bin, meinen Willen zu äussern.

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

.....

Telefon/Handy:

Religion/Konfession

Nach einem ausführlichen Gespräch mit
gebe ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte nachstehend meinen Willen bekannt.

1. Medizinische Massnahmen

Wenn ich in einen Lebenszustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit *unwiderruflich* verloren habe, dann wünsche ich

	ja	nein
<ul style="list-style-type: none"> dass alle medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Die Verlängerung der Lebenszeit hat für mich Vorrang. Allfällige Belastungen, welche aus den Massnahmen zur Lebenserhaltung entstehen, nehme ich in Kauf. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> dass die medizinischen Massnahmen vorrangig meinem Wohlbefinden und der Linderung des Leidens dienen. Die Behandlung krankheitsbedingter Symptome ist das Wichtigste (z. B. Schmerzen, Atemnot, Angst, Unruhe). Die Verlängerung der Lebenszeit um jeden Preis ist für mich nicht vorrangig. Ich nehme in Kauf, dass durch den Verzicht auf bestimmte medizinische Massnahmen mein Leben vielleicht verkürzt werden kann. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

.....

Insbesondere	ja	nein
<ul style="list-style-type: none"> wünsche ich im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes Wiederbelebungsversuche (Cardiopulmonale Reanimation). 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> wünsche ich die dauerhafte künstliche Zufuhr von Nahrung, Flüssigkeit oder Medikamente, wenn ich nicht mehr fähig bin, diese auf natürlichem Weg (über den Mund) aufzunehmen, auch wenn die Chance auf eine Heilung aussichtslos ist, mit: 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> - Magensonde 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> - der Einlage einer Infusion für die Gabe von Flüssigkeit 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> - der Einlage einer Ernährungssonde (PEG) durch die Magenwand 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> - der Einlage einer Venenkanüle zur Gabe von Medikamenten 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> gestatte ich die Gabe von Antibiotika, auch wenn die Chancen für meine Heilung aussichtslos sind. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> gestatte ich eine Operation und/oder einen Aufenthalt auf der Intensivstation, auch wenn die Chancen für meine Heilung aussichtslos sind. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> gestatte ich bei schwerstem Nierenversagen eine Hämodialyse (künstliche Blutwäsche). 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> wünsche ich eine Gabe von Blutprodukten im Falle 		
<ul style="list-style-type: none"> - einer dadurch erhofften Verbesserung meiner Lebensqualität. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> - einer dadurch erhofften Lebensverlängerung. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Meine Vertrauenspersonen /Bevollmächtigte

Gemäss Art. 378 ZGB sind folgende Personen der Reihe nach berechtigt, einen urteilsunfähigen Menschen bei einem Entscheid über medizinische Massnahmen zu vertreten:

- Die in einer Patientenverfügung oder einem Vorsorgeauftrag bezeichneten Personen
- Der Beistand mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen
- Wer als Ehegatte oder eingetragener Partner einen gemeinsamen Haushalt mit der urteilsunfähigen Person führt oder ihr regelmässig persönlichen Beistand leistet
- Die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt und regelmässig persönlichen Beistand leistet
- Die Nachkommen, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig persönlichen Beistand leisten
- Die Eltern, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig persönlichen Beistand leisten
- Die Geschwister, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig persönlichen Beistand leisten

Sollte ich nicht mehr in der Lage sein, eine Entscheidung zu treffen, ermächtige ich die unten aufgeführten Personen, meine Patientenverfügung stellvertretend für mich durchzusetzen. Den genannten Personen gegenüber entbinde ich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie die Pflegenden von ihrem Berufsgeheimnis.

Hauptperson:

Ersatzperson:

Name:	Name:
Adresse:	Adresse:
Telefon Festnetz:	Telefon Festnetz:
Handy:	Handy:
Datum:	Datum:
Unterschrift:	Unterschrift:

Mein Hausarzt/meine Hausärztin Dr. als Arzt/Ärztin meines Vertrauens soll informiert und zusätzlich vor medizinischen Entscheidungen befragt werden.

Ja Nein

Eine Kopie meiner Patientenverfügung befindet sich bei den oben genannten Personen, die meinen Willen vertreten.

3. Zusätzliche Angaben

	ja	nein
• Ich möchte nach Möglichkeit zuhause resp. in der mir vertrauten Umgebung z. B. im Pflegeheim, in dem ich lebe, sterben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich möchte in einer Institution sterben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich gestatte eine Autopsie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wünsche für die Bestattung:		

4. Erstellung und Aktualisierung der Patientenverfügung

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmasslicher Wille möglichst mit allen Beteiligten (vertretungsberechtigte Personen, Ärzte, Hausarzt, Angehörige, Pfarrer) zu besprechen. Dazu soll diese Patientenverfügung als Richtschnur massgeblich sein.

Erstellung der Patientenverfügung:

Ort, Datum: Unterschrift:
(Patient/Patientin)
(Bewohner/Bewohnerin)

Ort, Datum: Unterschrift
(Arzt/Ärztin)

5. Aktualisierung der Patientenverfügung:

Es wird empfohlen, die Patientenverfügung mindestens alle **zwei Jahre** zu prüfen und jeweils neu zu datieren und zu unterschreiben. Denken Sie auch daran, Ihre Kopien zu aktualisieren.

Ort, Datum	Unterschrift

Weitere persönliche Verfügungen:

	ja	nein
<ul style="list-style-type: none"> Vorsorgeauftrag Wenn ja, wo hinterlegt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Vollmacht Wenn ja, wo hinterlegt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Bestattungsverfügung Wenn ja, wo hinterlegt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Ich bin Mitglied einer Sterbehilfeorganisation Wenn ja, bei welcher:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Weitere? 		

Quellen:

Dialog Ethik, Patientenverfügung Version Oktober 2012, www.dialog-ethik.ch

GGG Voluntas, Medizinische Gesellschaft Basel, Basler Patientenverfügung

Curaviva Schweiz, Fachbereich Alter, Broschüre „Neues Erwachsenenschutzrecht“ Oktober 2012

Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW); Patientenverfügung und
Wegleitung, www.samw.ch

Version vom 10. Mai 2013

Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter
Rorschacher Strasse 92-94 | 9000 St. Gallen

Telefon 071 243 81 11
www.gesundheitundalter.ch