

Patientenverfügung

Jede urteilsfähige Person hat das Recht, eine Patientenverfügung zu erstellen.

Wir empfehlen, dass Sie eine Kopie Ihrer Patientenverfügung Ihrem Hausarzt, Ihren Vertrauenspersonen und falls Sie in einem Heim wohnen, der Heimleitung übergeben. Im Weiteren empfehlen wir, dass Sie eine Hinweiskarte mit den Angaben über die Existenz und den Aufbewahrungsort der Patientenverfügung und der Vertretungsperson(en) in Ihrem Portemonnaie mit sich tragen. Die Patientenverfügung muss das Erstelltdatum und die Unterschrift der verfügenden Person enthalten.

Es empfiehlt sich, die Patientenverfügung alle paar Jahre neu zu datieren und zu unterschreiben.

Für den Fall, dass sie angepasst werden soll, sollten Sie diese gänzlich neu verfassen.

Ich,, geboren am, in

Bürger von, wohnhaft in

erkläre hiermit bei voller Urteilsfähigkeit, für den Fall, dass ich krankheits- oder unfallbedingt urteilsunfähig werden sollte und meinen Willen nicht mehr äussern kann, Folgendes:

Bei einem Unfall oder einer plötzlichen, schweren Krankheit sollen folgende Personen benachrichtigt werden:

- 1. Name, Vorname: Adresse:
 Telefon: E-Mail:
- 2. Name, Vorname: Adresse:
 Telefon: E-Mail:
- 3. Name, Vorname: Adresse:
 Telefon: E-Mail:

Ärztliche Schweigepflicht

Ich entbinde sämtliche mich behandelnden Ärzte, Ärztinnen und Pflegenden vom Berufsgeheimnis und ermächtige sie, folgende Personen vollständig über meinen Gesundheitszustand und das gesamte Behandlungsverhältnis zu informieren.

- 1. Name, Vorname: Adresse:
 Geb.datum: Tel.: Mobile:
- 2. Name, Vorname: Adresse:
 Geb.datum: Tel.: Mobile:
- 3. Name, Vorname: Adresse:
 Geb.datum: Tel.: Mobile:

Vertretung

Folgende Person soll im Falle meiner Urteilsunfähigkeit mit den Ärzten und Ärztinnen stellvertretend für mich die medizinischen Massnahmen besprechen und für mich entscheiden:

Name, Vorname: Adresse:
Geb.datum: Telefon:

Ist die Vertretung nicht erreichbar oder kann sie die Aufgabe aus irgendwelchen Gründen nicht wahrnehmen, bestimme ich folgende Ersatzperson:

Name, Vorname: Adresse:
Geb.datum: Telefon:

Medizinische Anordnungen

Sollte mein Gehirn dauerhaft geschädigt, mein Bewusstsein höchstwahrscheinlich verloren, oder andere lebenswichtigen Körperfunktionen ausgefallen sein, verfüge ich Folgendes:

- Wiederbelebende Massnahmen nach einem Herz-Kreislauf- oder Atemstillstand Ja Nein
- Künstliche Zufuhr von Nahrung Ja Nein
- Künstliche Beatmung Ja Nein
- Ich wünsche eine wirksame Behandlung von Schmerzen oder Übelkeit. Ja Nein
- Ich wünsche eine wirksame Linderung von Atemnot. Ja Nein
- Ich möchte lieber eine klare Kommunikationsfähigkeit und verzichte deshalb auf ...
eine wirksame Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen. Ja Nein

Sollte mein Gesundheitszustand jemals durch schwerste irreparable Schädigungen der elementaren Lebensfunktionen in einem Masse beeinträchtigt sein, dass nach menschlichem Ermessen zu meinem baldigen Ableben führen müsste, so müssen

- a) alle ausserordentlichen Intensivmassnahmen zur künstlichen Verlängerung sowie
- b) jegliche Eingriffe zur Abkürzung meines physischen Daseins alle Formen der Sterbehilfe unbedingt unterlassen werden.

Organspende

Dürfen im Falle meines Ablebens Organe entnommen werden? Nein

Sterbebegleitung, Sterbeort

Ich bin und möchte von einem Geistlichen meiner Konfession begleitet werden. Ja Nein

Ich möchte, soweit es für meine Angehörigen zumutbar ist, zu Hause sterben. Ja Nein

Um eine professionelle Palliativpflege und -betreuung zu gewährleisten, will ich dazu in ein Spital oder Heim gebracht werden. Ja Nein

Nach meinem Tod

Nach meinem Tod will ich **erdbestattet (ganzkörperbestattet)** werden. Ja

Ich wünsche, auf dem Friedhof in bestattet zu werden.

Was mir ansonsten noch wichtig ist:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ort und Datum:

Unterschrift: