

Patientenverfügung

Bewahren Sie dieses Dokument sorgfältig auf!

Bewahren Sie Ihre Patientenverfügung in einem verschlossenen Couvert auf. Schreiben Sie es folgendermassen an: «Anweisungen für den Fall eines schweren Unfalls oder einer schweren Krankheit». Informieren Sie Ihre Angehörigen, wo Sie dieses Dokument aufbewahren. Am besten tragen Sie einen Zettel auf sich – zum Beispiel im Portemonnaie –, auf dem steht, wo sich dieses Dokument befindet. Überprüfen Sie die Angaben von Zeit zu Zeit und passen Sie das Dokument bei veränderten Gegebenheiten und Bedürfnissen an. Eine Patientenverfügung können Sie jederzeit abändern oder widerrufen. Es empfiehlt sich, die Patientenverfügung alle drei bis fünf Jahre zu erneuern bzw. zu aktualisieren. Falls Sie eine vertretungsberechtigte Person benennen (Punkt 2), so geben Sie dieser Person eine Kopie der Patientenverfügung. Das sind die wichtigsten Punkte, die in eine Patientenverfügung gehören:

Meine Personalien

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Nach einem Unfall oder bei plötzlicher schwerer Krankheit bitte sofort folgende Personen benachrichtigen:

(Name, Vorname, Adresse und Telefonnummer, Personen nach Wichtigkeit geordnet):

1. _____

2. _____

3. _____

Für den Fall, dass ich nach einem Unfall oder wegen einer schweren Krankheit meinen Willen nicht mehr äussern kann, verfüge ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte:

1. Ärztliche Schweigepflicht

Ich entbinde sämtliche mich behandelnden Ärzte vom Berufsgeheimnis und ermächtige sie, folgende Personen vollständig über das gesamte Behandlungsverhältnis zu informieren (Name, Vorname und Geburtsdatum der Personen angeben):

Je nach Kanton gehen die Ärzte beim Ehepartner und bei nahen Verwandten (Eltern, Kinder) von einem mutmasslichen Einverständnis aus. Wer das nicht wünscht, kann eine Informationssperre verhängen:

Die Ärzte dürfen folgende Personen nicht informieren (Name, Vorname und Geburtsdatum):

2. Vertretung

Ich ernenne folgende vertretungsberechtigte Person, die im Falle meiner Urteilsunfähigkeit mit den Ärztinnen und Ärzten die medizinischen Massnahmen besprechen und für mich entscheiden soll (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer):

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

3. Medizinische Massnahmen

Sollte mein Gehirn dauerhaft geschädigt, mein Bewusstsein aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren sein oder sollten andere lebenswichtige Körperfunktionen ausgefallen sein, möchte ich:

- Wiederbelebende Massnahmen nach einem Herz-Kreislauf- oder Atemstillstand
 Ja Nein
- Künstliche Zufuhr von Flüssigkeit oder Nahrung
 Ja Nein
- Verlegung auf die Intensivstation
 Ja Nein
- Künstliche Beatmung
 Ja Nein
- Die medizinische Betreuung soll meine Schmerzen und Beschwerden bestmöglich lindern, auch wenn sich mein Leben dadurch verkürzen sollte
 Ja Nein

4. Sterbebegleitung

Falls ich nicht plötzlich und unverhofft sterbe, sondern Zeit habe, mich zu verabschieden, möchte ich in dieser Zeit begleitet werden. Folgende Personen haben mir diesen Dienst zugesichert (Name, Adresse, Telefonnummer):

- Ich bin _____ (Konfession) und möchte, dass mich ein Geistlicher meiner Konfession begleitet.
- Ich möchte keine religiöse Begleitung beim Sterben.

5. Organspende und Autopsie

- Im Falle meines Todes möchte ich meine Organe spenden und gestatte die Entnahme jeglicher Organe.
- Ich bin nur bereit, folgende Organe zu spenden: _____
- Ich bin nicht bereit, meine Organe für Transplantationen zur Verfügung zu stellen.
- Ich bin bereit, meinen Körper nach dem Tod für medizinische Zwecke zur Verfügung zu stellen.
- Ich bin nicht bereit, meinen Körper nach dem Tod für medizinische Zwecke zur Verfügung zu stellen.

6. Sterbeort

- Ich möchte – soweit es meine Angehörigen und Freunde als zumutbar empfinden – möglichst zu Hause sterben und nicht in einer öffentlichen Institution (Spital, Alters- und Pflegeheim oder Ähnliches).
- Mir ist eine professionelle Pflege und Betreuung wichtig, ich will in ein Spital oder Heim gebracht werden.
Weitere Anordnungen:

Ort und Datum:

Unterschrift: