

Patientenverfügung

zum Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen



Erstellt von

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Heimatort:

Für den Fall, dass ich meine Urteilsfähigkeit verliere und meinen Willen unwiderruflich nicht mehr bilden oder verständlich mitteilen kann, verfüge ich bezüglich meiner medizinischen und pflegerischen Versorgung und Behandlung folgendes:

Bei einer aus der Sicht der behandelnden Ärzte aussichtslosen Prognose oder einer wahrscheinlichen Dauerschädigung des Gehirnes oder bei nicht rückgängig zu machendem Versagen lebenswichtiger Körperfunktionen verlange ich den Verzicht auf alle Massnahmen, die nur einer Lebens- und Leidensverlängerung zur Folge haben.

Bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand und/oder Atemstillstand wünsche ich **keine Reanimation (Wiederbelebung)**.

Ich möchte in jedem Fall eine fachgerechte Pflege sowie menschliche Zuwendung erhalten. Insbesondere verlange ich, dass mir bei Schmerzen, Erstickungsängsten und Atemnot, Übelkeit, Angst sowie anderen qualvollen Zuständen und belastenden Symptomen Medikamente verabreicht werden, die mich von Schmerzen und grösseren Belastungen befreien, selbst wenn dadurch mein Tod voraussichtlich früher eintreten wird.

Ich bitte mein Behandlungsteam und meine Angehörige mich dabei zu unterstützen auf alle Massnahmen, welche nur eine Sterbens- und Leidensverlängerung mit sich bringen würden, zu verzichten und alles zu unternehmen was im Sinne von Palliative Care zur Leidenslinderung beiträgt.

Ich habe die nachfolgend genannte Vertrauensperson eingesetzt, welche ich ermächtige, meinen Willen gegenüber dem Behandlungsteam bestmöglich geltend zu machen. Diese Person ist über meinen Zustand zu informieren und in die Entscheidungsfindung einzubeziehen:

Name Vorname:

Adresse:

PLZ Ort:

Telefon P:

Telefon G:

Natel:

E-Mail:

Zustimmung der Vertrauensperson:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Was mit wichtig ist:

Organspende:

- ☐ JA, ich möchte meine Organe spenden und gestatte die Entnahme jeglicher Organe
☐ NEIN, ich möchte kein Organspender sein.

Autopsie:

- ☐ JA, ich gestatte eine Autopsie
☐ NEIN, ich gestatte keine Autopsie

Ich gebe diese Erklärung freiwillig, nach sorgfältiger Überlegung und in der vollen Verantwortung für mich selbst ab.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Hinterlegung:

Information / Kopie an:

- ☐ Hausarzt Dr. _____ ☐ Vertrauensperson ☐ Alterswohnheim Hungacher
☐ weitere

Zur späteren Bestätigung der Verfügung:

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille nicht verändert hat:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Hinweis:

Die Patientenverfügung ist schriftlich zu errichten, zu datieren und zu unterzeichnen. Wer eine Patientenverfügung errichtet hat, kann diese Tatsache und den Hinterlegungsort auf der Versichertenkarte eintragen lassen. Die Patientenverfügung kann in der gleichen Form widerrufen werden. Den Bewohner/innen ist dringend zu empfehlen, die Patientenverfügung mit ihrer Vertrauensperson sowie dem behandelnden Arzt / Hausarzt zu besprechen. Sollten sie in eine Institution eintreten (z.B. Heim, Spital) nehmen sie eine Kopie der Patientenverfügung mit und bringen sie die Inhalte zur Kenntnis.

Nach meinem Tod

Art der Bestattung

Ich wünsche

☐ Kremation ☐ Erdbestattung ☐ _____

☐ Ich habe eine Vereinbarung mit folgendem Bestattungsinstitut:

Beisetzung

Ich wünsche

Art der Beisetzung (*Urnengrab, Gemeinschaftsgrab, Asche verstreuen etc.*)

☐ Die Beisetzung soll erfolgen (Ort) _____

vor der Beisetzung wünsche ich eine Aufbahrung ☐ Ja / ☐ Nein

Wünsche im Zusammenhang mit meinem Ableben / Bestattung

Ort, Datum:

Unterschrift:

Zur späteren Bestätigung der Verfügung:

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille nicht verändert hat:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Ort, Datum:

Unterschrift: