



Patientenverfügung

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Aktuelle Adresse	
PLZ, Ort:	

1. Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll

Diese Patientenverfügung soll gelten für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äussern kann und

1.	wenn ich mich im unmittelbaren Sterbeprozess befinde und es absehbar ist, dass der Tod eintritt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.	wenn aufgrund einer schweren Krankheit oder Unfall mein Leben nur noch unter grossem Einsatz medizinischer und technischer Mittel aufrecht erhalten werden kann und keine Zeichen von Erholung oder Besserung bestehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3.	wenn ich aufgrund einer unerwartet eintretenden schweren Hirnschädigung (z.B. Wachkoma) oder eines fortschreitenden, irreversiblen Hirnabbau-Prozesses (z.B. Alzheimer-Demenz) die Fähigkeit zur Kommunikation, Wahrnehmung und Empfindung schwer eingebüsst haben sollte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4.	wenn bei einem geplanten Spitalaufenthalt, wie etwa im Rahmen einer Operation und / oder eines Aufenthalts auf der Intensivstation, schwere Komplikationen auftreten und Behandlungsentscheide nötig sind	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5.	weitere Situationen, Bemerkungen:		



2. Medizinische Massnahmen

2.1 Behandlungsziel

Ich wünsche, dass medizinische Massnahmen vorrangig der Erhaltung des Lebens dienen. Dies schliesst die Linderung des Leidens mit ein. Allfällige Belastungen, welche aus der Lebenserhaltung entstehen, nehme ich in Kauf. Ich möchte erst dann sterben, wenn alle medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft sind	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich wünsche, dass medizinische Massnahmen vorrangig meinem Wohlbefinden und der Linderung des Leidens dienen. Die Behandlung krankheitsbedingter Symptome hat Vorrang. Mir ist klar, dass dadurch mein Leben verkürzt werden kann	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bemerkungen, Ergänzungen

--

2.2 Einwilligung bzw. Ablehnung einzelner medizinischer Massnahmen

a.) Behandlung von Schmerz, Atemnot, Übelkeit, Unruhe und Angst

Ich will eine Behandlung krankheitsbedingter Symptome (z.B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Unruhe, Angst), die sich an den Prinzipien der palliativen (Leiden lindernden) Medizin orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------



Künstliche Zufuhr von Flüssigkeiten, Ernährung und Medikamenten

Wenn ich nicht fähig bin, Nahrung, Flüssigkeit oder Medikamente auf natürlichem Wege aufzunehmen

gestatte ich die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit (Infusion)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
gestatte ich die künstliche Zufuhr von Nahrung (PEG-Sonde)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
gestatte ich die chirurgische Einlage einer Ernährungssonde (PEG)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
gestatte ich das Anlegen einer Venenkanüle zur Gabe von Schmerzmitteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

c). Reanimation

Im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes

gestatte ich Versuche zur Wiederbelebung (Cardiopulmonale Reanimation)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

d.) Weitere Massnahmen und Bemerkungen

--



3. Meine Vertrauensperson

Ich ermächtige die Vertrauensperson meinen Willen gegenüber dem behandelnden Team geltend zu machen. Ich entbinde die Ärzte und das ganze Team ihr gegenüber von der Schweigepflicht. Die Vertrauensperson ist so bald wie möglich zu informieren und in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen. Ist sie nicht verfügbar, muss die Ersatzperson kontaktiert werden.

	Vertrauensperson	Ersatz-Vertrauensperson
Name, Vorname:		
Adresse:		
PLZ und Ort:		
Telefon P.:		
Telefon G.:		
Telefon Mobil:		

Bemerkungen

4. Zusätzliche Angaben

Hinweise zur pflegerischen Betreuung:	
Hinweise zur seelsorgerische Begleitung: Beistand, Rituale	
Bei Veränderungen meines Zustandes/ im Todesfall ist zu benachrichtigen:	



5. Bestattung

Zur Aufbahrung möchte ich folgende Kleider tragen:

X Bitte ankreuzen

	Privatkleidung <i>Bitte notieren Sie Ihre Wünsche dazu:</i>
	Totenhemd:
	Anderes:

Ich wünsche:

	Erdbestattung
	Kremation
	Einzelgrab
	Familiengrab
	Gemeinschaftsgrab
	Im Grab des(r) verstorbenen Gatten/Gattin
	Beisetzung im Sennhof-Friedhof (Asche in Erde) Namensschild ja/nein

6. Hinterlegungsstellen und weitere Verfügungen

6.1 Hinterlegungsorte:

Kontaktperson, Adresse, Tel. eintragen

--



6.2 Weitere persönliche Verfügungen

Vollmacht Hinterlegungsort:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gesetzliche Vertretung/ Vorsorgeauftrag Hinterlegungsort:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bestattungsverfügung Hinterlegungsort:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Testament Hinterlegungsort:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

7. Handschriftliche Unterzeichnung

Ort und Datum:	Unterschrift:
----------------	---------------