

Ausführliche Fassung

Patientenverfügung

Name

Vorname

Geburtsdatum

Heimatort

Wohnadresse vor Heimeintritt

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

Wenn

- ich mich nach ärztlicher Prognose aller Wahrscheinlichkeit im unabwendbaren unmittelbaren Sterbeprozess befinde,
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,
- aufgrund einer Gehirnschädigung (z.B. Wachkoma, irreversible Bewusstlosigkeit, Schädelhirntrauma) meine Fähigkeit, Einsicht zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist (ich weiss, dass die Möglichkeit, dass ich aus diesem Zustand erwachen werde, nie gänzlich auszuschliessen ist),
- ich infolge einer Demenzerkrankung bzw. eines bereits weit fortgeschrittenen Abbaus meiner geistigen Funktionen Nahrung oder Flüssigkeit nicht mehr selbst oder aber mit Hilfe Dritter, sondern nur noch in Form einer künstlichen Ernährung zu mir nehmen kann,
- weitere Situationen:

möchte ich in jedem Fall eine fachgerechte Körperpflege. Pflege der Mundschleimhäute sowie Zuwendung und eine menschenwürdige Unterbringung. 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 meine Ärzte, Angehörige und Pflegefachpersonen mir dabei beizustehen und auf die Einleitung oder Aufrechterhaltung medizinischer Massnahmen, die allein der Lebensverlängerung oder -erhaltung dienen, zu verzichten.

Daher bestimme ich für den Fall, dass ich mich in einer der von mir benannten Lebens- und Behandlungssituationen befinde, dass

- mir keine lebenserhaltenden oder -verlängernden Medikamente verabreicht werden. Die Gabe von Medikamenten zur Linderung von Schmerzen und Beschwerden verlange ich auch dann, wenn diese u.U. meine Lebenszeit verkürzen,
- keine Wiederbelebungsmaßnahmen eingeleitet werden (REA nein),

- ich nicht künstlich beatmet werde. Verlange aber in diesem Fall Medikamente zur Linderung der Luftnot zu erhalten und zwar auch, wenn diese meine Lebenszeit verkürzen,

- ich keine künstliche Ernährung erhalte.

Für den Fall, dass in der von mir beschriebenen Lebens- und Behandlungssituation eine der vorgenannten Massnahmen bereits eingeleitet worden sein sollte, widerrufe ich meine Einwilligung in die Aufrechterhaltung dieser Massnahme und verlange deren Einstellung.

Ich gebe diese Erklärung nach sorgfältiger Überlegung und in der vollen Verantwortung für mich selbst ab. Die Bedeutung und Tragweite meiner Erklärung ist mir bewusst, insbesondere ist mir bekannt, dass diese Verfügung meine Ärzte, Betreuer oder Bevollmächtigte bindet. Mir ist auch klar, dass meine Entscheidung in einer der o.g. Lebens- und Behandlungssituationen die benannten ärztlichen Massnahmen abzulehnen, dazu führen kann, dass meine Lebenszeit verkürzt wird.

Ort, Datum

Unterschrift

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 einer Vertrauensperson wie etwa dem Hausarzt zu besprechen.

Ich habe diese Verfügung mit folgenden Personen besprochen, welche bestätigen können, dass ich zu diesem Zeitpunkt nach deren Wahrnehmung urteilsfähig war und der Inhalt meinem Willen entspricht:

Name	Vorname
------	---------

Funktion	Adresse
----------	---------

Unterschrift

Name	Vorname
------	---------

Funktion	Adresse
----------	---------

Unterschrift

Folgende Personen dürfen über meinen Gesundheitszustand informiert werden:

Name	Vorname
------	---------

Funktion	Adresse
----------	---------

Name	Vorname
------	---------

Funktion	Adresse
----------	---------

Folgende Person oder deren Vertretung verfügt über eine gesonderte vorsorgevollmacht, welche auch die Umsetzung dieser Patientenverfügung erfasst:

Name	Vorname
------	---------

Funktion	Adresse
----------	---------

Unterschrift

Name	Vorname
------	---------

Funktion	Adresse
----------	---------

Unterschrift

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
