

Patientenverfügung

Meine persönliche Verfügung gründet sich auf das Wissen, dass Gott der Allmächtige dem Leben Anfang und Ende setzt. Nicht der Mensch bestimmt den Zeitpunkt des Sterbens, sondern Gott.

„Meine Zeit steht in deinen Händen.“

Psalm 31, 16

Name:

Vorname:

Strasse / Nr.:

PLZ / Wohnort:

Geburtsdatum:

Heimatort:

Kirchen- / Gemeindezugehörigkeit:

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äussern, verfüge ich folgendes:

- **Ich will, dass nichts unternommen wird, was den Tod absichtlich herbeiführt. Jegliche aktive Sterbehilfe lehne ich ab.**
- **Andererseits will ich, dass lebensverlängernde Massnahmen unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann oder wenn das Gehirn durch Unfall oder Krankheit so schwer und dauerhaft geschädigt ist, dass mit grosser Wahrscheinlichkeit keine Aussicht auf Wiederherstellung des Bewusstseins besteht.**
- **Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege sollen in solchen Fällen auf die wirkungsvolle Linderung von belastenden Symptomen (z. B. Schmerzen, Atemnot, Durst, Angst, Übelkeit) gerichtet sein.**

Die medikamentöse Behandlung sollte so weit wie möglich meine geistige Verfügbarkeit nicht beeinträchtigen.

In der Endphase einer unheilbaren Krankheit wünsche ich die Unterlassung künstlicher Ernährung, bei fehlendem Durstgefühl auch die Unterlassung künstlicher Flüssigkeitszufuhr, ausser wenn diese bei der medikamentösen Behandlung von Schmerzen und Beschwerden hilfreich ist.

Seelsorge

- Ich wünsche mir seelsorgerliche Begleitung (von) : _____

Organspende (Zutreffendes ankreuzen)

- Im Falle meines Todes gestatte ich die Entnahme jeglicher Organe aus meinem Körper, deren Transplantation auf einen anderen Menschen möglich ist
- Im Falle meines Todes gestatte ich die Entnahme von Organen aus meinem Körper, deren Transplantation auf einen anderen Menschen möglich ist, jedoch mit Ausnahme der folgenden Organe:

- Im Falle meines Todes gestatte ich keine Entnahme von Organen aus meinem Körper

Autopsie (Zutreffendes ankreuzen)

- Ich bin mit einer Autopsie einverstanden
- Ich wünsche, dass keine Autopsie an meinem Körper durchgeführt wird

Solange kein von mir oder meinem/n Bevollmächtigten akzeptierter und aktualisierter medizinischer Behandlungsplan vorliegt, sollen die in dieser Verfügung festgelegten Forderungen und Wünsche entsprechend auf Situationen übertragen werden, die hier nicht angesprochen sind.

Abdankung

Ich wünsche, dass folgende Person/Personen meine Abdankung halten:

-
-
-

Todesanzeige

Auf meiner Todesanzeige soll folgender Vers stehen:

Singen

Wenn möglich wünsche ich, dass bei meiner Beerdigung ein Chor singt.

Folgende sind meine Lieblingslieder:

-
-
-
-

Besondere Wünsche bei der Abdankung

Beerdigung

- Es ist mein ausdrücklicher Wille, dass mein Leib beerdigt und **nicht** kremiert wird

Um die Verbindlichkeit der Patientenverfügung zu unterstreichen, bitten wir sie, nachfolgend handschriftlich zu erklären, dass sie diese im Vollbesitz ihrer Urteilsfähigkeit und nach reichlicher Überlegung verfasst haben.

Ich unterschreibe meine Patientenverfügung nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hier bekundeten Willens unterstellt wird.

Ort, Datum und Unterschrift

Beilagen

- Meinen Lebenslauf oder Angaben dafür lege ich auf einem separaten Blatt bei
Ja Nein

- Die Adressen der Empfänger der Todesanzeige habe ich auf einem separaten Blatt aufgeführt
Ja Nein

Meine Patientenverfügung ist bei den Akten des Heimleiters in folgendem Alters- und Pflegeheim hinterlegt:

Meine Patientenverfügung ist bei folgender Person meines Vertrauens hinterlegt (siehe Seite 5)
Name:

Adresse:

Mein Vorsorgeauftrag ist bei folgender Privatperson / Notar / Einwohnergemeinde hinterlegt:

Name:

Adresse:

Mein Testament ist bei folgender Privatperson / Notar / Einwohnergemeinde hinterlegt:

Name:

Adresse:

Vollmacht

(Diese Vollmacht betrifft ausschließlich den Gesundheitsbereich)

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht äußern kann, bevollmächtige ich folgende Person meines Vertrauens:

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse / Wohnort: _____

Telefon / Natel: _____

E-Mail (falls vorhanden): _____

Die bevollmächtigte Person soll an meiner Stelle alle erforderlichen Entscheidungen über meine ärztliche Behandlung – nach meinem Willen und im Sinne meiner Patientenverfügung – treffen und sie mit dem Behandlungsteam absprechen. Sie darf die Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Zu diesem Zweck entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte / Ärztinnen und das Pflegepersonal gegenüber meiner bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht.

Ort, Datum und Unterschrift der bevollmächtigten Person

Ort, Datum und Unterschrift der Person, welche die Vollmacht erteilt

Ersatzbevollmächtigung

Sollte die oben genannte Person an der Ausübung der Vollmacht verhindert sein, bevollmächtige ich an deren Stelle.

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse / Wohnort: _____

Telefon / Natel: _____

E-Mail (falls vorhanden): _____

Ort, Datum und Unterschrift der bevollmächtigten Person

Ort, Datum und Unterschrift der Person, welche die Ersatzbevollmächtigung erteilt

Bestätigung

Diese persönliche Patientenverfügung bestätige ich vollumfänglich und ohne Änderung (etwa jährlich)

Ort	Datum	Unterschrift

Änderungen

Wenn Sie bei Ihrer Patientenverfügung Änderungen vornehmen wollen (weil sich in gewissen Punkten z. B. ihre Meinung geändert hat) oder vornehmen müssen (weil es z. B. bei den Vollmachten eine Änderung gibt), können Sie jederzeit bei unserem Alters- und Pflegeheim eine weitere Patientenverfügung beziehen.