|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name | … |  | Vorname | … |
| Strasse | … |  | PLZ/Ort | … |
| Telefon | … |  | Geburtsdatum | … |
| Heimatgemeinde | … |  | Religion / Konfession | … |
| Hausarzt | … |  | Tel.Nr.  | … |

Wir formulieren unsere Texte, wenn möglich, genderneutral. Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text teilweise die männliche oder weibliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.

Die vorliegenden Anordnungen gelten für den Fall, dass ich in Folge einer unheilbaren Krankheit oder eines schweren Unfalls nicht mehr bei Bewusstsein oder urteilsfähig bin (selbst, wenn ich noch mehrere Monate oder Jahre mit der Krankheit leben sollte…)

*(Urteilsfähig ist nach Gesetz auch eine Person, welche bevormundet oder an Demenz erkrankt ist und fähig ist vernünftig zu urteilen.)*

|  |
| --- |
| **Wenn Sie Fragen haben oder unsicher sind, besprechen Sie die Patientenverfügung mit ihrem Hausarzt oder einer Pflegefachperson (sprechen Sie uns an)**  |

# Lebensverlängernde Massnahmen

 [ ]  Ich wünsche lebensverlängernde Massnahmen
 (Umfassende medizinische Versorgung im Pflegeheim bis hin zur Spitaleinweisung)

 [ ]  Ich verzichte auf **alle** **lebensverlängernden Massnahmen**, im Endstadium einer
unheilbaren, tödlich verlaufenden Erkrankung, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht
absehbar ist. Keine Infusionen, künstliche Ernährung, Medikamente, Therapien und
Untersuchungen

 [ ]  Ich verzichte auf lebensverlängernde Massnahmen**,** möchte aber eine palliative
Behandlung in Anspruch nehmen

**Unerwartetes akutes Ereignis (z.B. Unfall, Schlaganfall, Herzinfarkt)**

 [ ]  Wenn es sich nach ersten Notfallmassnahmen und sorgfältiger ärztlicher Beurteilung als
unmöglich oder unwahrscheinlich erweist, dass ich meine Urteilsfähigkeit wiedererlange, so verzichte ich auf alle Massnahmen, die eine Lebens- und Leidensverlängerung beabsichtigen. Eine Palliative Behandlung ist davon ausgenommen.

# Verlegung in ein Spital:

Wenn ich unheilbar krank und / oder irreversibel altersschwach, bettlägerig und nicht mehr urteilsfähig bin. Oder durch eine akute Erkrankung oder einen Unfall die medizinische Versorgung vor Ort nicht mehr gewährleistet werden kann, **dann**

[ ]  möchte ich **keine** Einweisung in ein Spital

[ ]  möchte ich **eine Einweisung** in ein Spital **nur dann**, wenn dadurch die Aussicht auf
Verbesserung der Lebensqualität besteht oder dies zur Linderung von akuten Schmerzen
erforderlich ist

[ ]  möchte ich in **jedem Fall** eine Einweisung in ein Spital

# Reanimation im Falle eines Herz- Kreislauf- Stillstands und/oder Atemstillstands

*Unter voller Reanimation REA verstehen wir notfallmässige Sofortmassnahmen, mit dem Ziel, der möglichst raschen Wiederherstellung vitaler Kreislauf- und Atemfunktionen zur ausreichenden Sauerstoffversorgung des Gehirns und des Herzens.*

*Die volle Reanimation stellt eine umfassende medizinische Intervention dar, die nicht vom Pflegepersonal des Pflegeheim St. Otmars durchgeführt werden können, sondern über die sofort angeforderte Hilfe durch den Sanitätsnotruf 144 mit einer anschliessenden Überweisung ins Akutspital erfolgt. Bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes überbrückt das Pflegepersonal mit Erste-Hilfe-Massnahmen. (****Im Pflegeheim St. Otmar hat es keinen Defibrillator****)*

[ ]  ich möchte **keine** Reanimationsmassnahmen

[ ]  ich möchte in **jedem Fall** reanimiert werden

# Schmerz- und Symptombehandlung

[ ]  Ich wünsche in jedem Fall die wirksame Behandlung von Schmerzen und anderen
belastenden Symptomen wie Angst, Unruhe, Atemnot, Übelkeit. Dafür nehme ich auch eine
allfällige therapiebedingte Bewusstseinstrübung (Sedation) in Kauf

[ ]  Wachheit und Kommunikationsfähigkeit sind für mich wichtiger als eine optimale Linderung
von Schmerzen und anderen Symptomen

# Künstliche Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung

[ ]  Ich **gestatte** die **dauerhafte** künstliche Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung (mittels
Magensonde, Infusion, chirurgischer Einlage einer Ernährungssonde)

[ ]  Ich **gestatte** eine künstliche Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung **vorübergehend***,* d.h. wenn
zu erwarten ist, dass dadurch mein Leiden gelindert wird oder dass ich später, allenfalls mit
Unterstützung, Flüssigkeit und Nahrung wieder auf normalem Weg zu mir nehmen kann.

[ ]  Ich möchte **keine** künstliche Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit

Spezielle Abmachungen die mit dem Hausarzt besprochen wurden:

|  |
| --- |
| … |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

# Ich ernenne als meine Vertretungsberechtigte Person:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorname | … |  | Name | … |
| Strasse | … |  | PLZ / Ort | … |
| Tel. Privat | … |  | Handy-Nr. | … |
| Tel. Geschäft | … |  | E-Mail | … |
| Art der Beziehung | … |  |  |  |

[ ]  Ich habe die Vertretungsperson über die Patientenverfügung informiert.

 Meine vertretungsberechtigte Person trifft im Fall meiner Urteilsunfähigkeit stellvertretend für mich
 medizinische und pflegerische ­Entscheide.

* Sie erhält Informationen über meinen gesundheitlichen Zustand
* Sie wird bei der Erstellung des Behandlungs- und Betreuungsplans beigezogen
* Sie ist berechtigt, für die vorgesehenen medizinischen Massnahmen die Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern. In medizinischen und pflegerischen Fragen, die diese Patientenverfügung nicht abdeckt, entscheidet sie, an meiner Stelle und in meinem Sinne

Kann meine vorher genannte vertretungsberechtigte Person ihre Funktion nicht ausüben, sind folgende Personen der aufgeführten Reihenfolge nach berechtigt, ihre Rolle zu übernehmen:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorname | … |  | Name | … |
| Strasse | … |  | PLZ / Ort | … |
| Tel. Privat | … |  | Handy-Nr. | … |
| Tel. Geschäft | … |  | E-Mail | … |
| Art der Beziehung | … |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorname | … |  | Name | … |
| Strasse | … |  | PLZ / Ort | … |
| Tel. Privat | … |  | Handy-Nr. | … |
| Tel. Geschäft | … |  | E-Mail | … |
| Art der Beziehung | … |  |  |  |

# **Spezielle Wünsche**

[ ]  Ich wünsche seelsorgerische / religiöse Begleitung / Rituale (z.B. Krankensalbung, Krankenkommunion, Gebete, regelmässige Besuche durch eine geeignete Person, usw...):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorname | … |  | Name | … |
| Strasse | … |  | PLZ / Ort | … |
| Tel. Privat | … |  | Handy-Nr. | … |
| E-Mail | … |  | Berufsbez. | … |

**Was mir wichtig ist:** (Musik, Lieblingsdüfte, Haustiere, Berührungen die mir angenehm sind, Werte die mir wichtig sind, usw.):

|  |
| --- |
| … |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Meine Abneigungen** (Düfte, Musik, Berührungen, auf was ich verzichten will, usw.):

|  |
| --- |
| … |
|  |
|  |

**Unerwünschte Personen**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorname | … |  | Name | … |
| Strasse | … |  | PLZ / Ort | … |
| Art der Beziehung | … |  |  | … |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorname | … |  | Name | … |
| Strasse | … |  | PLZ / Ort | … |
| Art der Beziehung | … |  |  | … |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorname | … |  | Name | … |
| Strasse | … |  | PLZ / Ort | … |
| Art der Beziehung | … |  |  |  |
|  |
|  |
|  |

# Nach meinem Tod

**Autopsie**

[ ]  Ich wünsche, dass nach meinem Tod **keine** Autopsie an meinem Körper durchgeführt wird (Autopsie: Leichenöffnung und Untersuchung des Körpers).

[ ]  Ich bin mit einer Autopsie **einverstanden**.

**Transplantation**

[ ]  Ich gestatte **keine** Entnahme meiner Organe zur Transplantation

[ ]  Ich **gestatte** die Entnahme meiner Organe zur Transplantation

[ ]  Ich **gestatte** **nur** die Entnahme folgender Organe zur Transplantation

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Wünsche für die Bestattung:**

Kremation [ ]  Erdbestattung [ ]

|  |
| --- |
| … |
|  |
|  |

**Mit wem wurde die Patientenverfügung ausgefüllt?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorname | … |  | Name | … |
| Strasse | … |  | PLZ / Ort | … |
| Tel. Privat | … |  | Handy-Nr. | … |
| E-Mail | … |  | Art d. Bezieh.  | … |

Diese Patientenverfügung habe ich nach reiflicher Überlegung und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, also im Zustand der Urteilsfähigkeit, verfasst. Sie gilt für den Fall, dass ich einmal nicht mehr in der Lage sein sollte, die Entscheidungen über meine medizinische Behandlung und Betreuung zu treffen und meinen diesbezüglichen Willen mitzuteilen (gemäss Art. 370 und 372 ZGB).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort Datum | … |  | Unterschrift | … |

Sie können Ihre Patientenverfügung jederzeit ändern oder widerrufen, solange Sie urteilsfähig sind. Eine Aktualisierung ist besonders dann wichtig, wenn die gesundheitliche Situation der verfügenden Person oder ihre Lebensumstände sich verändern.

**Diese Patientenverfügung entspricht immer noch meinem Willen. Dies bestätige ich mit meiner erneuten Unterschrift.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort Datum | … |  | Unterschrift | … |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort Datum | … |  | Unterschrift | … |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort Datum | … |  | Unterschrift | … |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort Datum | … |  | Unterschrift | … |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort Datum | … |  | Unterschrift | … |

**Verteiler:** Das Original bleibt beim Inhaber oder dessen vertretungsberechtigten Person.

Kopie an den behandelnden Arzt.
Eine weitere Kopie wird im Easy-Doc unter "Verfügung" hinterlegt und zusätzlich im Bewohner-Ordner abgelegt.