

Patientenverfügung^{1 2 3}

Kurzfassung

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:

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:

Möchte ich in jedem Fall eine fachgerechte Pflege 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 alle Massnahmen, welche nur eine Sterbens- und Leidensverlängerung mit sich bringen würden, zu verzichten.

Ich gebe diese Erklärung nach sorgfältiger Überlegung und in der vollen Verantwortung für mich selbst ab sowie im Bewusstsein, dass diese Verfügung meine Ärzte, Betreuer oder Bevollmächtigte bindet.

Ort, Datum

Unterschrift

¹ 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.

² Den Bewohner/innen ist dringend zu empfehlen, die Patientenverfügung mit einer Vertrauensperson wie etwa dem Hausarzt zu besprechen.

³ Vorlage nach CURAVIVA Schweiz

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 _____

Vertretung

Name _____ Vorname _____

Funktion _____ Adresse _____

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 _____
