

## Dokument 2: **Patientenverfügung** von

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

Dieses Dokument regelt Fragen zu medizinischen und pflegerischen Massnahmen im Notfall.

Damit ist es eine Ergänzung zu den rechtlich/administrativen Vorkehrungen im Dokument 1, Bestimmung von vertretungsberechtigten Personen.

Erstellung und Gültigkeit einer Patienten-Verfügung:

Schriftlich (also z.B. dieses ausgefüllte Formular), datiert, unterschrieben.

Diese Patientenverfügung kann jederzeit geändert oder widerrufen werden, solange die verfügende Person urteilsfähig ist.

Als noch umfassenderes Instrument empfehlen wir Ihnen den DokuPass von Pro Senectute, der in unserem Sekretariat zu Selbstkosten bezogen werden kann.

**Verteiler:** Das Original dieser Regelung geht zurück an die BewohnerInnen.

Je eine Kopie befindet sich bei den eingesetzten Vertretungen, beim Hausarzt und im pflegerischen Bewohner-Dossier des Heims. Bei Aktualisierungen sind die Kopien ebenfalls zu ersetzen.

## Patientenverfügung

zur Vertretung bei medizinischen und pflegerischen Massnahmen

### 1 Verfügende Person

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Bürgerort / Kanton

\_\_\_\_\_  
Strasse / Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon Privat

\_\_\_\_\_  
Telefon Mobil

### 2 Vertretungsberechtigte Person

- Ich habe meine Vertretung im Dokument 1, Bestimmung von vertretungsberechtigten Personen, Kapitel 1 bzw. 2.5, festgelegt,

oder

- Ich ernenne folgende vertretungsberechtigte Person (nachfolgend «Vertretung» genannt), die im Falle meiner Urteilsunfähigkeit mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt die medizinischen Massnahmen besprechen und in meinem Namen entscheiden soll:

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Bürgerort / Kanton

\_\_\_\_\_  
Strasse / Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon Privat, Geschäft

\_\_\_\_\_  
Telefon Mobil (Bitte gewünschte Reihenfolge ①-②-③ angeben)

Für den Fall, dass meine Vertretung ihre Funktion nicht ausüben kann, ernenne ich folgende vertretungsberechtigte **Ersatzperson**:

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Bürgerort / Kanton

\_\_\_\_\_

Strasse / Nr.

\_\_\_\_\_

PLZ / Ort

\_\_\_\_\_

Telefon Privat, Geschäft

\_\_\_\_\_

Telefon Mobil (Bitte gewünschte Reihenfolge ①-②-③ angeben)

### 3 Nahestehende Personen

Ich bitte meine Vertretung, folgende Personen über meine Situation zu informieren:

\_\_\_\_\_

Vorname und Name

\_\_\_\_\_

Art der Beziehung

\_\_\_\_\_

Kontaktangaben

\_\_\_\_\_

Vorname und Name

\_\_\_\_\_

Art der Beziehung

\_\_\_\_\_

Kontaktangaben

\_\_\_\_\_

Vorname und Name

\_\_\_\_\_

Art der Beziehung

\_\_\_\_\_

Kontaktangaben

\_\_\_\_\_

Vorname und Name

\_\_\_\_\_

Art der Beziehung

\_\_\_\_\_

Kontaktangaben

### 4 Anhaltspunkte zu meinen Einstellungen

Ich möchte hierzu keine Angaben machen.

<input type="checkbox"/> Ich möchte meiner Vertretung die nachfolgenden Anhaltspunkte zu meinen persönlichen Einstellungen und Werten geben. Ich ermächtige meine Vertretung, diese Angaben situationsabhängig zu interpretieren.	stimme zu	Stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angaben
<b>Schwere Erkrankung</b> Wenn ich unheilbar krank bin, soll der natürliche Verlauf der Erkrankung respektiert und nicht alles medizinisch Machbare unternommen werden.					
<b>Verlust geistiger Fähigkeiten</b> Wenn ich dauerhaft ... <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ meine geistigen Fähigkeiten verloren habe,</li> <li>▪ nicht mehr weiss, wo ich bin,</li> <li>▪ meine Bezugspersonen nicht mehr erkenne,</li> </ul> ... sollen bei gesundheitlichen Problemen keine Massnahmen mehr getroffen werden, um mein Sterben abzuwenden.					
<b>Linderung von Angst und Schmerzen</b> Die Linderung von Angst und Schmerzen ist mir wichtig, auch wenn die nötigen Medikamente mein Bewusstsein stark beeinträchtigen.					
<b>Selbstständigkeit</b>					

Ein hohes Mass an Selbstständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens bedeutet mir viel.					
<b>Was mir sonst noch wichtig ist:</b>  _____  _____  _____					

## 5 Organspende

(Es gibt keine Altersbeschränkung zum Spenden von Organen, aber wegen der kurzen Reaktionszeit können Organe zur Spende nur entnommen werden, wenn der Tod im Spital erfolgt)	ja	nein	Meine Vertretun g soll entscheid en
Ich bin bereit, nach meinem Tod Organe, Gewebe und Zellen zu spenden. Diese Einwilligung schliesst vorbereitende medizinische Massnahmen vor meinem Tod ein, die im Hinblick auf die Organspende notwendig sind. Ich möchte folgende Organe von der Spende ausschliessen: _____			

## 6 Reanimation ...

... im Fall eines Herz-Kreislauf-Sillstands und/oder Atemstillstands		
--	--	--

## 7 Persönliche Ergänzungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 8 Datierung und Unterzeichnung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der verfügenden Person

## 9 Aktualisierung

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der verfügenden Person

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der verfügenden Person

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der verfügenden Person

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der verfügenden Person

Quelle: Dieses Papier wurde aufgrund eines Beispiels von Dialog Ethik durch das Altersheim Im Ris bereitgestellt und wird von unserem Sekretariat für BewohnerInnen gratis abgegeben.

Dialog Ethik, Schaffhauserstr. 418, 8050 Zürich, Tel. 044 252 42 01, [www.dialog-ethik.ch](http://www.dialog-ethik.ch)  
Unterlagen in Druckform inkl. Wegleitung Fr. 15.50, Download vom Internet gratis.