

Inhalt

1. Personalien / Daten.....	2
2. Hinterlegung und Aktualisierung der Patientenverfügung.....	4
3. Medizinische Massnahmen	6
4. Werthaltung	8
5. Diverses: Pfleg. Bedürfnisse/Sterbeort/Spirit. Begleitung/Organspende	10
6. Wünsche nach meinem Tod.....	13
7. Wichtige Dokumente und ihr Aufbewahrungsort	15

1. Personalien / Daten

Diese Patientenverfügung beinhaltet persönliche Bedürfnisse im Hinblick auf Leben, Sterben und Tod von:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

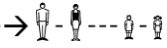
Vorname: _____ Religion: _____

Strasse: _____ Tel./Fax: _____

PLZ/Wohnort: _____ E-Mail: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____



Es gilt:

- Zutreffendes ankreuzen
- Gleichstellung der Bezeichnung Mann/Frau

Die vorliegenden Anordnungen verfasse ich im Zustand der Urteilsfähigkeit und nach reiflicher Überlegung. Beim vorliegenden Dokument handelt es sich nicht um ein Testament im erbrechtlichen Sinn.

Ich erwarte, dass meine von mir persönlich verfasste Patientenverfügung im Rahmen des rechtlich Zulässigen respektiert wird. Habe ich nicht mehr die Fähigkeit, medizinische Behandlungen, Diagnostik- und Therapie-Möglichkeiten und deren Konsequenzen einzuschätzen, so beauftrage und bitte ich unten namentlich von mir aufgeführte Person(en), meine persönlich verfasste Patientenverfügung stellvertretend für mich umzusetzen.

1. Vertretung

Vorname/Name: _____

Strasse: _____

PLZ/Wohnort: _____

Tel./Fax: _____

E-Mail: _____

2. Vertretung

Vorname/Name: _____

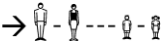
Strasse: _____

PLZ/Wohnort: _____

Tel./Fax: _____

E-Mail: _____

keine Vertretung

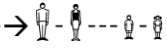


2. Hinterlegung und Aktualisierung der Patientenverfügung

Hinterlegung

Die Patientenverfügung ist an folgenden Orten hinterlegt:

- Beim Hausarzt Dr. _____
Praxisadresse: _____
- Bei mir zu Hause im: _____
- Aufgeführte, vertretende Person(en) auf Seite 3
- _____
- _____



Aktualisierung

Aus Gründen der Rechtsverbindlichkeit ist es wichtig, dass Sie Ihre Patientenverfügung regelmässig aktualisieren, vorteilhaft alle zwei Jahre oder wenn sich Ihre Krankheits- oder Lebenssituation ändert. Überprüfen Sie deren Inhalt, ändern Sie ihn bei Bedarf, datieren und unterschreiben Sie die Verfügung neu.

Ort/Datum: _____

Unterschrift _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift _____

Ort/Datum: _____

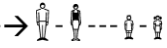
Unterschrift _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift _____



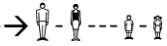
3. Medizinische Massnahmen

Schmerzen, Atemnot, Übelkeit oder ähnliche Symptome

- Schmerzen, Atemnot, Übelkeit oder ähnliche Symptome sollen nach den heutigen, medizinischen Möglichkeiten behandelt werden. Ich wünsche, möglichst beschwerdefrei sein zu können und nehme in Kauf, dass dadurch mein Bewusstsein eingeschränkt oder sogar verloren gehen kann.
- Auch bei starken Schmerzen, Atemnot, Übelkeit oder ähnlichen Symptomen ist es mir wichtig, dass ich Zeitabschnitte mit klarem Bewusstsein erleben kann. Ich wünsche, dass Medikamente dementsprechend zurückhaltend eingesetzt werden, mit der Konsequenz einer allenfalls phasenweise ungenügenden Behandlung meiner Beschwerden.

Ernährung

- Ernährung in Form von Nahrung und Flüssigkeit ist ein Menschenrecht. Dieses Anrecht fordere ich in jeder Situation ein, sofern es aus medizinischer Sicht als sinnvoll erachtet wird. Das bedeutet, dass mögliche Massnahmen zur Ernährung, wie z.B. Einlegen einer Magensonde, veranlasst werden sollen.
- Obwohl ich weiss, dass Ernährung in Form von Nahrung und Flüssigkeit ein Menschenrecht ist, lehne ich jegliche Form von Ernährung ab, ausser sie dient zur Linderung von Schmerzen oder weiteren belastenden Symptomen. Das bedeutet, dass ich mögliche Massnahmen zur Ernährung, wie z.B. Einlegen einer Magensonde ablehne, sofern ich die Fähigkeit zu schlucken verloren habe.
- Flüssigkeit, z.B. durch eine Infusion, soll nur dann verabreicht werden, wenn sie zur Linderung von Schmerzen, Atemnot oder ähnlichen Symptomen dient.



Diagnostik / Therapie

- Diagnostische und therapeutische Massnahmen (z.B. Antibiotika, medikamentöse Kreislaufunterstützung, Bluttransfusion) sollen ausgeführt werden, sofern diese aus medizinischer Sicht als sinnvoll erachtet werden. Das bedeutet, dass diese Massnahmen auch ausgeführt werden sollen, wenn in absehbarer Zeit mit meinem Tod zu rechnen ist.
- Diagnostische und therapeutische Massnahmen (z.B. Antibiotika, medikamentöse Kreislaufunterstützung, Bluttransfusion) sollen nur eingesetzt werden, sofern sie dazu dienen, dass Schmerzen und andere belastende Krankheitszeichen (z.B. Lungenentzündung) erträglicher werden können.

Reanimation

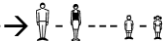
Reanimation heisst, notfallmässige Sofortmassnahmen ausführen, nachdem ein plötzlicher Herz-Kreislauf- und/oder Atem-Stillstand mit Bewusstlosigkeit eingetreten ist. Die Reanimation umfasst Massnahmen wie Herzdruckmassage, Defibrillation (kontrollierte Abgabe eines „Elektroschocks“ an den Herzmuskel), Intubation (Einführung eines Schlauches über Mund oder Nase zur Sicherung der Atemwege), Beatmung sowie Verabreichung von kreislaufstützenden Medikamenten.

Auch nach einer erfolgreichen Reanimation nimmt das Ausmass bleibender Schädigungen zu, je älter der Patient/die Patientin ist, je schlechter sein/ihr Allgemeinzustand ist und je länger Sofortmassnahmen ausbleiben.

Im Falle eines Herz-Kreislauf- und/oder Atem-Stillstandes will ich

- reanimiert werden
- nicht reanimiert werden

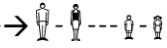
Folgende Bedürfnisse / Anordnungen im Hinblick auf medizinische Massnahmen sind mir auch noch wichtig:



Ich will auf keinen Fall, dass...

„In Würde Sterben“ bedeutet für mich:

Folgende Hinweise bezüglich meiner Werthaltung sind mir auch noch wichtig:



5. Diverses

Pflegerische Bedürfnisse am Lebensende

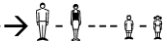
Ich bin informiert, dass es in den Spitälern Wil und Wattwil ein Zusatzdokument betreffend „Pflegerische Bedürfnisse am Lebensende“ gibt.

- Das Dokument ist ausgefüllt, siehe Anhang
- Ich verzichte auf das Dokument und formuliere meine Bedürfnisse für die pflegerische Gestaltung wie folgt:

Sterbeort

- Ich wünsche nach Möglichkeit zu Hause oder bei mir nahe stehenden Menschen sterben zu können.
- Ich bevorzuge in einer Institution sterben zu können, die meiner Krankheit bzw. meinem Pflegebedarf entsprechend eingerichtet ist.

Folgende Bedürfnisse betreffend Sterbeort sind mir auch noch wichtig:



Spirituelle Begleitung

- Ich wünsche, durch meinen vertrauten Seelsorger respektive meine Seelsorgerin betreut zu werden.

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ: _____

Wohnort: _____ Tel: _____

E-Mail: _____

- Es kann ein Seelsorger/eine Seelsorgerin sein, der/die in meiner Umgebung zuständig ist.

- Es ist mir wichtig, dass die vorgesehenen Handlungen und Rituale meiner Konfession/Religion vollzogen werden. Meine diesbezüglichen speziellen Wünsche sind:

- Ich lehne religiöse/spirituelle Betreuung und den Besuch durch einen Seelsorger/eine Seelsorgerin ab.

- Ich wünsche durch folgende mir nahe stehende Person begleitet zu werden:

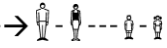
Vorname/Name: _____

Strasse: _____

PLZ/Wohnort: _____

Tel./Fax: _____

E-Mail: _____



6. Wünsche nach meinem Tod

Autopsie/Obduktion

Bei einer Autopsie (auch Obduktion genannt) wird der Körper nach dem Tod geöffnet und untersucht, um die Todesursache festzustellen. Es ist auch eine Möglichkeit, Diagnosen nachzuprüfen. Sie unterstützt die Qualitätssicherung in der Medizin und trägt zum medizinischen Fortschritt bei.

Autopsien können verlangt werden. Besteht jedoch kein äusserer Anlass dazu, muss sie vom Auftraggeber/Auftraggeberin bezahlt werden. Im aussergewöhnlichen Todesfall wird aus rechtlichen Gründen eine Autopsie zwingend durchgeführt, auch wenn diese in der Patientenverfügung abgelehnt wird.

- Ich will keine Autopsie
- Ich stimme einer Autopsie zu

Einsichtnahme in die Krankengeschichte nach meinem Tod

- Ich gestatte ausser aus rechtlich vorgegebenen Gründen weder Einblick in die Krankengeschichte noch Einblick in den Obduktionsbefund.
- Ich gestatte den unten aufgeführten Personen vollumfänglichen Einblick in die Krankengeschichte und den Obduktionsbefund.

Name: _____ Vorname: _____

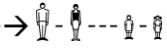
Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____

Tel./Fax: _____ E-Mail: _____

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ /Wohnort: _____

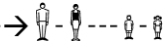
Tel./Fax: _____ E-Mail: _____



Bestattung

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Kremation | <input type="checkbox"/> Urnengrab | <input type="checkbox"/> Urnenwand |
| <input type="checkbox"/> Erdbestattung | <input type="checkbox"/> Familiengrab | <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsgrab |

Folgende Bedürfnisse betreffend „Wünsche nach meinem Tod“ sind mir auch noch wichtig:



7. Wichtige Dokumente und ihr Aufbewahrungsort

Es hilft Ihren Angehörigen, wenn Sie notieren, wo Sie Ihre wichtigen Dokumente aufbewahren.

Schriftenempfangsschein /Familienbüchlein

Testament

Todesanzeige (z.B. Hinweise für Vergabungen)

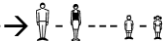
Versandliste Leidzirkular

Lebenslauf

Liste der Zeitungen für meine Todesanzeige

Versicherungen

Bank/Postkonti (Vollmacht, keine Gültigkeit nach dem Tod)



Geschäftliches

Vermieter

Arbeitgeber

Andere wichtige Dokumente (evtl. Schlüssel)

Folgende Bedürfnisse im Hinblick auf Leben, Sterben und Tod sind mir auch noch wichtig:

Erstellt von: Cécile Altmann, Pflegefachfrau,
MAS Ethische Entscheidungsfindung in Organisation und Gesellschaft,
Spitalregion Fürstenland Toggenburg (SRFT)

Dr. Jürg Winnewisser, Chefarzt Medizin, CAS Ethische Entscheidungsfindung
im Gesundheitswesen, CAS Ethische Entscheidungsfindung in Organisationen,
Spitalregion Fürstenland Toggenburg (SRFT)

Angelehnt an: Patientenverfügungen
Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen SAMW 2009; www.samw.ch

Bild von: Kurt Giger, www.kurtgiger.ch