



## **Patientenverfügung**

von

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobilie: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_

Schriften hinterlegt in: \_\_\_\_\_

Religion / Konfession: \_\_\_\_\_

Die vorliegenden Anordnungen verfasse ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, also im Zustand der Urteilsfähigkeit und nach reiflicher Überlegung. Sie gelten für den Fall, dass ich einmal nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen kund zu tun.

Die Patientenverfügung beinhaltet meinen verbindlichen Willen an die Adresse der Ärztinnen und Ärzte sowie der Pflegenden.

Ich bevollmächtige die erste Bezugsperson diese Patientenverfügung durchzusetzen.

Damit diese Bezugsperson meinen Willen stellvertretend für mich wahrnehmen kann, entbinde ich die beteiligten Fachpersonen von der Schweigepflicht.

### **Erste Bezugsperson**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobilie: \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_



## Alterswohnen TEBA

### Zweite Bezugsperson

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobilie: \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Lebensverlängernde Massnahmen

- Das behandelnde Team verzichtet auf alle diagnostischen und therapeutischen Massnahmen im Dienste der Lebensverlängerung (z.B. Reanimation). Aussichtslos gewordene Massnahmen wie Beatmung, medikamentöse Kreislaufunterstützung oder Nierenersatzverfahren werden nicht eingesetzt. Diagnostische und therapeutische Massnahmen sollen nur der optimalen palliativen Betreuung dienen
  
- Im Falle von wiederholten schwerwiegenden Infekten wünsche ich Antibiotikabehandlung (zur Linderung von Symptomen)
  
- Das behandelnde Team schöpft, solange die Möglichkeit auf eine Besserung des gesundheitlichen Zustandes in absehbarer Zukunft besteht, alle angemessenen medizinischen Massnahmen aus. Dazu gehört eine medikamentöse, elektrische oder mechanische Wiederbelebung

### Schmerzlinderung und Beruhigung bei Atemnot und Unruhe

- Ich möchte, dass Schmerz- und Beruhigungsmittel wirksam dosiert werden. Dabei nehme ich auch eine allfällige Beeinträchtigung des Bewusstseins oder eine Verkürzung des Lebens in Kauf
  
- Ich möchte, dass Schmerz- und Beruhigungsmittel nur eingesetzt werden, um meinen Zustand erträglich zu gestalten. Vorübergehende Perioden mit klarem Bewusstsein sind mir wichtig



## Alterswohnen TEBA

### Ernährung / Flüssigkeitszufuhr

- Ich lehne sowohl die Ernährung / Flüssigkeitszufuhr via Mund oder durch Sonde ab, auch wenn dadurch mein Sterbeprozess beschleunigt wird. Die Betreuung soll sich in diesen Situationen auf Mundpflege sowie die Haut- und Schleimhautpflege beschränken
  
- Ich überlasse es den Ärztinnen und Ärzten je nach Krankheitsphase und Krankheitssituation über die Notwendigkeit und die Art einer künstlichen Ernährung / Flüssigkeitszufuhr zu entscheiden

### Einweisung in ein Akutspital

- Ich wünsche keine Verlegung in ein Akutspital, solange die Symptome im Heim behandelt und kontrolliert werden können
  
- Ich wünsche eine Einlieferung in ein Akutspital

### Wenn der Tod unausweichlich wird

In dieser Situation wünsche ich ausschliesslich Leiden lindernde, aber nicht lebensverlängernde Behandlung und Pflege

- Ja     Nein

### Sterbebegleitung

- In der Phase des Sterbens möchte ich von meiner engsten Bezugsperson begleitet werden
- In der Phase des Sterbens möchte ich, dass folgende Personen zugezogen werden:

---

---

- In der Phase des Sterbens möchte ich vor allem vom Betreuungsteam begleitet werden
- In der Phase des Sterbens möchte ich möglichst alleine sein
- Ich möchte, dass folgende/r Seelsorger/in mit mir Kontakt aufnimmt:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

- Ich wünsche die Krankensalbung



## Alterswohnen TEBA

### Besondere Anordnungen im Falle meines Todes

- Benachrichtigung der ersten Bezugsperson oder der zweiten Bezugsperson
- Tag  Nacht
- Bekleidung
- Totenhemd
- Privatkleider, welche im TEBA sind oder andere

---

---

- Ich wünsche eine Urnenbestattung wo: \_\_\_\_\_
- Ich wünsche eine Erdbestattung wo: \_\_\_\_\_
- Ich wünsche eine Gemeinschaftsgrab wo: \_\_\_\_\_

- Ich möchte, dass mit folgendem Bestattungsinstitut Kontakt aufgenommen wird:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte beachten: Beim vorliegenden Dokument handelt es sich nicht um ein Testament im erbrechtlichen Sinn!

### Erneuerung

Ich habe diese Verfügung erneuert und meine Bezugsperson und das Pflegepersonal informiert:

Ort / Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ort / Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ort / Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

