

Patientenverfügung:

Bestimmungen für meine medizinische und pflegerische Behandlung.

Ich, [Vor- und Nachname],
geboren am [Geburtsdatum] in [Geburtsort],
wohnhaft in [Strasse, Postleitzahl, Ort],

errichte hiermit im vollen Besitz meiner Urteilsfähigkeit und nach reiflicher Überlegung die folgende Verfügung. Sie hebt alle bisherigen Verfügungen auf und ist gültig bis zu einer allfälligen Änderung oder einem Widerruf.

A) Medizinisches und Pflegerisches

1. Für den Fall, dass ich nicht mehr urteilsfähig bin oder meinen Willen nicht mehr äussern kann und ich mich im unmittelbaren Sterbeprozess oder im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, verfüge ich Folgendes (bitte ankreuzen):
 - ☐ Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege sollen sich in diesen Fällen nach den Grundsätzen der Palliativen Medizin ausrichten. Die wirkungsvolle Linderung von Beschwerden und belastenden Symptomen, wie z.B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Mundtrockenheit, Unruhe und Angst soll im Zentrum stehen.
 - ☐ Wiederbelebungsmaßnahmen, wie solche, welche nach allgemeiner Auffassung und entsprechend dem Stand der Medizin als ausserordentliche eingestuft werden, sollen unterlassen werden.
 - ☐ Es soll keine künstliche Ernährung durch ärztliche Eingriffe (z.B. weder durch eine Sonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, noch über die Venen) erfolgen. Hunger soll auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.
 - ☐ Künstliche Flüssigkeitszufuhr soll, solange dies nach ärztlichem Ermessen und aktuellen Fachkenntnissen hilfreich sein kann, erfolgen. Durstgefühle sollen auf jeden Fall auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Flüssigkeitsaufnahme und Befeuchtung der Mundschleimhäute.
 - ☐ Wenn möglich, möchte ich zu Hause bleiben können und hier die notwendige Pflege erhalten.

2. Organspende:

- ☐ Keine Entnahme von Organen, Geweben oder Zellen aus meinem Körper.
- ☐ Der Entnahme jeglicher Organe, Gewebe und Zellen stimme ich hiermit zu. Es ist mir bewusst, dass unter Umständen, nach Eintritt des Hirntods gemäss der vom Schweizerischen Recht anerkannten Definition, bis zur Organspende intensivmedizinische Massnahmen erforderlich sind.
- ☐ Ich überlasse den Entscheid betreffend Organspende der von mir bevollmächtigten Person.

B) Seelsorgliche Betreuung

Aufgrund meiner Glaubensüberzeugung möchte ich, dass, falls der in A) 1. geschilderte Zustand eintritt, rechtzeitig ein katholischer Priester für meine seelsorgliche Betreuung und geistlichen Beistand hinzugezogen wird. Er soll mir die Sakramente spenden. Bevorzugt bitte ich um Benachrichtigung folgender Priester:

Name **[Vorname und Nachname]**, Telefon **[Festnetz und Mobilnummer]**, E-Mail

Alternativ:

Name **[Vorname und Nachname]**, Telefon **[Festnetz und Mobilnummer]**, E-Mail

C) Bevollmächtigung

Für den Fall, dass ich selbst nicht mehr entscheidungsfähig bin oder meinen Willen nicht mehr äussern kann, erteile ich, solange dieser Zustand anhält, nachstehenden Personen eine Vollmacht für alle Entscheidungen im medizinischen und pflegerischen Bereich. Diese Personen sind an die oben unter A und B genannten Weisungen strikt gebunden.

Name: **[Vorname, Nachname]**

Geburtsdatum: **[Geburtsdatum]**

Bürgerort: **[Ort]**

wohnhaft in: **[Wohnadresse]**

Telefon: **[Festnetz und mobil]**

Für den Fall, dass die oben erwähnte Person die Vollmacht nicht annehmen kann oder will, bestimme ich die folgende(n) Person(en) in angegebener Reihenfolge als ersatzbevollmächtigt:

- A Name: **[Vorname, Nachname]**
Geburtsdatum: **[Geburtsdatum]**
Bürgerort: **[Ort]**
wohnhaft in: **[Wohnadresse]**
Telefon: **[Festnetz und mobil]**
- B Name: **[Vorname, Nachname]**
Geburtsdatum: **[Geburtsdatum]**
Bürgerort: **[Ort]**
wohnhaft in: **[Wohnadresse]**
Telefon: **[Festnetz und mobil]**

Die Vollmacht umfasst die Entscheidung über

- meinen Aufenthaltsort und notwendige Pflegemassnahmen (Heim- oder Hauspflege),
- freiheitsentziehende Massnahmen, sofern diese zu meinem Wohl notwendig sind,
- notfalls auch die Kündigung meiner bisherigen Wohnung und die Auflösung meines Haushaltes.

Ich verfüge, dass mich in allen medizinischen Angelegenheiten die von mir benannte bevollmächtigte Person vertritt.

Ich entbinde die mich behandelnden Personen (Ärzte und Pflegepersonal) gegenüber der von mir benannten bevollmächtigten Person sowie gegenüber deren oben genannten Vertretung von der Schweigepflicht.

Ort, Datum, Unterschrift