SCHÄRME
MELCHNAU
WOHNEN. PFLEGEN. GENIESSEN.

# Meine Patientenverfügung

## Vorwort:

Das Ausfüllen einer Patientenverfügung ist für viele Menschen nicht einfach. Krankheit, Sterben und Tod sind Themen, die wir lieber aus unserem Alltag verdrängen. Wer aber den Schritt trotzdem wagt, erlebt oft eine Beruhigung und Erleichterung.

Eine Patientenverfügung hilft, sich selbst, den Angehörigen und dem Behandlungsteam Klarheit darüber zu verschaffen, was Sie an Ihrem Lebensende wollen und vor allem auch, was Sie nicht wollen. Die Patientenverfügung ist Ausdruck Ihres vorgängig festgelegten Willens, falls Sie nicht mehr urteilsfähig sein sollten. Sie halten damit fest, wie entschieden werden soll, falls Sie dazu selbst nicht mehr in der Lage sind.

Sprechen Sie mit Ihren Angehörigen und Nächsten, der vertretungsberechtigten Person, Ihrem Arzt, Ihrer Ärztin und anderen Menschen, denen Sie vertrauen, über Ihre Entscheidungen. Solche Gespräche können bei der Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen weiterhelfen.

## Generell gilt:

*Zutreffendes bitte ankreuzen (X).*

*Datieren und unterschreiben Sie das Dokument von Hand, schreiben Sie bitte gut lesbar.*

## Personalien

Vorname / Name_____

Strasse / Hausnummer_____

PLZ / Ort_____

Telefon_____

Mobile_____

Geburtsdatum_____

Behandelnder Arzt_____

SCHÄRME MELCHNAU
WOHNEN. PFLEGEN. GENIESSEN.

## Aufbewahrungsort

Sorgen Sie dafür, dass die Patientenverfügung auffindbar ist, wenn sie gebraucht wird. Geben Sie Ihren vertretungsberechtigten Personen und evtl. Ihrem Hausarzt oder der behandelnden Ärztin eine aktuelle Kopie. Stellen Sie sicher, dass die Personen, die eine Kopie Ihrer aktuellen Verfügung haben, bereit sind, diese bei Bedarf ins Spital zu bringen.

Seit 2013 sind Ärzte und Ärztinnen im Spital verpflichtet, bei der Behandlung eines urteilsunfähigen Patienten/einer Patientin abzuklären, ob eine Patientenverfügung vorhanden ist.

Befinden Sie sich in einer Pflegesituation, geben Sie diese Patientenverfügung den Pflegenden zur Aufbewahrung ab, damit Ihr Wille im Bedarfsfall berücksichtigt werden kann.

## Vertretungsberechtigte Person

Die vertretungsberechtigte Person …

- erhält Informationen über den Gesundheitszustand und über die Prognose zum weiteren Verlauf der Erkrankung der urteilsunfähigen Person
- wird in Entscheidungen zur Behandlung und Betreuung einbezogen
- setzt den in der Patientenverfügung festgelegten Willen durch
- stimmt, stellvertretend für die urteilsunfähige Person, vorgesehenen medizinischen Massnahmen zu oder lehnt diese ab
- entscheidet bei medizinischen und pflegerischen Fragen, die in der Patientenverfügung nicht geregelt sind, im Sinne der Verfügung und gemäss dem mutmasslichen Willen der urteilsunfähigen Person

## Vertretungsberechtigte Person:

Vorname/Name_____

Adresse_____

Telefon Privat/Telefon Geschäft_____

Mobile/E-Mail_____

Art der Beziehung_____

Evtl. Abmachungen_____

SCHÄRME MELCHNAU
WOHNEN. PFLEGEN. GENIESSEN.

## Ersatzperson:

Kann meine obengenannte vertretungsberechtigte Person ihre Funktion nicht ausüben, ist folgende Personen berechtigt, deren Aufgaben zu übernehmen:

Vorname/Name_____

Adresse_____

Telefon Privat/Telefon Geschäft_____

Mobile/E-Mail_____

Art der Beziehung_____

Evtl. Abmachungen_____

## Keine persönlich ernannte vertretungsberechtigte Person

Wenn ich vorgängig keine vertretungsberechtigte Person ernannt habe, hat der unten aufgeführte Personenkreis in dieser Reihenfolge automatisch das Recht, stellvertretend für mich zu entscheiden.

Es sind dies per Gesetz (Art. 378 des Zivilgesetzbuches):

- der Beistand oder die Beiständin mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen
- die Ehefrau, der Ehemann, die eingetragene Partnerin oder der eingetragene Partner, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führen oder ihr regelmässig Beistand leisten
- die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt*
- die Nachkommen*
- die Eltern*
- die Geschwister*

  * Falls diese der urteilsunfähigen Person regelmässig Beistand leistet/leisten.

O Ich habe keine vertretungsberechtigte Person bezeichnet und möchte, dass meine Angehörigen in der gesetzlich vorgegebenen Reihenfolge dieses Recht ausüben.

O Ich habe keine vertretungsberechtigte Person bezeichnet und möchte **nicht,** dass meine Angehörigen, wie im Gesetz vorgesehen, dieses Recht ausüben.
**Mir ist bewusst,** dass die Erwachsenenschutzbehörde voraussichtlich einen Beistand mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen bezeichnen wird, wenn über eine medizinische Behandlung zu entscheiden ist, zu der ich mich in der Patientenverfügung nicht geäussert habe.

## Unerwünschte Personen

Ich will, dass die folgenden Personen mich weder aufsuchen noch auf irgendeine Weise Einfluss nehmen können.

Vorname/Name_____

Adresse_____

Art der Beziehung _____

Bemerkungen_____

_____

Vorname/Name_____

Adresse_____

Art der Beziehung _____

Bemerkungen_____

_____

## Was mir im Leben wichtig ist

Ihre Aussagen zu den folgenden Fragen verdeutlichen Ihre Lebenseinstellung, Werte, Wünsche, Ängste, Erwartungen und Hoffnungen in Bezug auf Gesundheit und

Krankheit. Sie vermitteln einen Eindruck Ihrer Person und erleichtern es, dass Sie in Ihrem Sinne gepflegt und betreut werden. Anhand Ihrer Aussagen wird es besser möglich, herauszufinden, wie Sie in einer Situation entscheiden würden, für die Sie nicht explizit etwas verfügt haben.

**In diesen Situationen fühle ich mich wohl**
*z.B. Umgebung, Menschen, Tiere, Geruch, Temperatur, Farben, Akustik etc.*

_____

_____

**In Beziehungen zu anderen Menschen schätze ich**
*z.B. Nähe – Distanz, Körper – Intellekt, Unternehmungen – Zusammensein, Gespräche – Schweigen etc.*

_____

_____

**Diese Lebensgewohnheiten/Rituale sind für mich wichtig**
*z.B. Tagesablauf, Essen, Trinken, Körperpflege, Kontakte, Zerstreuung, Haustiere etc.*

_____

_____

**Ich lege besonders Wert auf**
*z.B. Bekleidung, Körperpflege, Umgebungsgestaltung, geistige Nahrung, soziale Kontakte etc.*

_____

_____

**Meine Vorlieben sind**
*z.B. Essen, Trinken, Musik, Lagerung, Berührung, Aktivitäten, Kontakt etc.*

_____

_____

**Meine Abneigungen sind**
*z.B. Essen, Trinken, Musik, Lagerung, Berührung, Aktivitäten, Kontakt etc.*

_____

_____

**Das möchte ich gerne noch erleben**
*z.B. Ereignis, Zusammentreffen, Versöhnung, Gespräch, Erfüllung eines Wunsches, Besuch eines Ortes etc.*

_____

_____

**Ich glaube an**
*z.B. Werte, Überzeugungen, Erkenntnisse, Methoden, Menschen etc.*

_____

_____

**Ich habe Angst vor**
*z.B. Einschränkungen, Behinderungen, Verlust, Verletzungen etc.*

_____

_____

**Ich möchte, dass Folgendes respektiert wird**

_____

_____

**Religiöse Handlungen**

O Es ist mir sehr wichtig, dass ich rechtzeitig die vorgesehenen Handlungen und Rituale meiner Konfession/Religion in Anspruch nehmen kann.

Es sind dies namentlich:

_____

_____

_____

_____

Meine Konfession/Religion ist: _____

Über die Rituale Auskunft geben/sie umsetzen kann: _____

Vorname/Name_____

Adresse_____

Telefon/Mobile_____

E-Mail_____

## Medizinische Anordnungen

Besprechen Sie Fragen, die sich Ihnen beim Ausfüllen der medizinischen Anordnungen stellen, unbedingt mit Ihrem Pflegeteam oder Ihrem Arzt. Lassen Sie sich von den Fachpersonen Vor- und Nachteile sowie zu erwartende Konsequenzen der verschiedenen Varianten erklären.

**Palliative Care**
Unter Palliative Care (Palliativmedizin) versteht man die umfassende Behandlung und Begleitung von Menschen mit einer fortschreitenden, chronischen oder unheilbaren Krankheit. Dabei werden medizinische, soziale, psychologische und spirituelle Bedürfnisse des Menschen berücksichtigt. Im Vordergrund steht eine optimale Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Atemnot, Übelkeit oder Angst. Ziel ist, eine möglichst gute, individuelle Lebensqualität zu erreichen.

Falls ich einmal nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen kundzutun, halte ich im Folgenden fest, was ich vom behandelnden Team erwarte. Reichen in einer konkreten Entscheidungssituation die Anordnungen in meiner Verfügung nicht aus, ist meine vertretungsberechtigte Person befugt, den vorgeschlagenen Massnahmen zuzustimmen oder sie abzulehnen.

## Linderung von Schmerzen

**Ich gehe davon aus und will, dass meine Schmerzen nach den Erkenntnissen der modernen Palliative Care behandelt werden.**

O **Variante A**
Sollte ich trotz der besten verfügbaren Therapie Schmerzen haben, will ich, dass Schmerz- und sedierende Mittel sowie andere Medikamente grosszügig dosiert werden und ich nicht mehr unter den Symptomen leide. Dabei nehme ich auch eine allfällige Beeinträchtigung des Bewusstseins oder Verkürzung meines Lebens in Kauf.

O **Variante B**
Perioden mit klarem Bewusstsein sind mir wichtig. Sollte ich trotz der besten verfügbaren Therapie Schmerzen haben, will ich, dass Schmerz- und sedierende Mittel sowie andere Medikamente nur eingesetzt werden, um meinen Zustand erträglich zu gestalten.

## Linderung von Atemnot

Das Gefühl, nicht mehr richtig atmen zu können, kann mit grossen Ängsten verbunden sein. Atemunterstützende Massnahmen dienen dazu, plötzliche Atemnot zu vermeiden.
In der Palliative Care wird die Atemnot medikamentös und mit pflegerischen Massnahmen wirksam gelindert. Bei Bedarf wird zusätzlich Sauerstoff mittels eines kleinen Schlauches direkt in die Nase gegeben.
Bei der apparativen Atemunterstützung wird die Atmung mit Hilfe einer Maske unterstützt.

Bei der invasiven (invasiv: eindringend/eingreifend) apparativen Atemunterstützung wird für die direkte Luftzufuhr ein Tubus (Rohr) in die Hauptluftröhre eingelegt. Dies ist möglich durch den Mund, die Nase oder durch einen Luftröhrenschnitt.

Ich wünsche keine apparative Atemunterstützung. Atemnot soll ausschliesslich mit palliativen Massnahmen wirksam bekämpft werden.

O **Variante A**
Sollte ich trotz der besten verfügbaren Therapie Atemnot haben, will ich, dass Schmerz- und sedierende Mittel sowie andere Medikamente grosszügig dosiert werden und ich nicht mehr unter den Symptomen leide.
Dabei nehme ich auch eine allfällige Beeinträchtigung des Bewusstseins oder Verkürzung meines Lebens in Kauf.

O **Variante B**
Perioden mit klarem Bewusstsein sind mir wichtig. Sollte ich trotz der besten verfügbaren Therapie Atemnot haben, will ich, dass Schmerz- und sedierende Mittel sowie andere Medikamente nur eingesetzt werden, um meinen Zustand erträglich zu gestalten.

O **Ich wünsche eine apparative Atemunterstützung**

O **Variante A**
mit Hilfe einer Maske, jedoch nicht mittels Intubation oder Luftröhrenschnitt, sofern das Behandlungsteam die künstliche Beatmung als medizinisch angezeigt erachtet.

O **Variante B**
auch mittels Intubation oder Luftröhrenschnitt, sofern das Behandlungsteam die künstliche Beatmung als medizinisch angezeigt erachtet.

## Intubation

Einführen eines Schlauches über Mund oder Nase zur Sicherung der Atemwege.

### Linderung von anderen Symptomen

Ich gehe davon aus und will, dass belastende Symptome wie z.B. Übelkeit, Unruhe etc. nach den Erkenntnissen der modernen Palliative Care behandelt werden.

**O** **Variante A**
Sollten die Symptome trotz der besten verfügbaren Therapie nicht ausreichend gelindert werden können, will ich, dass Schmerz- und sedierende Mittel sowie andere

Medikamente grosszügig dosiert werden. Dabei nehme ich auch eine allfällige Beeinträchtigung des Bewusstseins oder Verkürzung meines Lebens in Kauf.

O **Variante B**
Perioden mit klarem Bewusstsein sind mir wichtig. Sollten die Symptome trotz der besten verfügbaren Therapie nicht ausreichend gelindert werden können, will ich, dass Schmerz- und sedierende Mittel sowie andere Medikamente nur eingesetzt werden, um meinen Zustand erträglich zu gestalten.

## Ernährung

Das Recht auf Ernährung, das heisst auf Nahrung und Flüssigkeit, ist ein Menschenrecht. Jeder Mensch hat gleichzeitig aber auch die Freiheit, Nahrung und Flüssigkeit zu verweigern.

### Nahrung

O Ich will, dass eine Nahrungsverweigerung meinerseits akzeptiert wird. Dies bedeutet, dass man aufhört, mir das Essen einzugeben, wenn ich signalisiere, dass ich nicht mehr essen möchte, z.B. durch Schliessen des Mundes und Wegdrehen des Kopfes, wenn mir Essen angeboten wird*.
* Das Behandlungsteam klärt sorgfältig ab, dass die Essensverweigerung keine physischen Ursachen hat, wie z.B. Schmerzen im Mund- oder Rachenraum sowie in der Speiseröhre.

### Künstliche Ernährung

Künstliche Ernährung zählt zu den lebenserhaltenden Massnahmen.
Achten Sie darauf, dass Ihre Entscheidungen sich nicht widersprechen mit Ihren Entscheidungen auf Seite 11 unter «Lebenserhaltende Massnahmen».
Dem Wunsch nach künstlicher Ernährung, auch im Endstadium einer unheilbaren, fortschreitenden Erkrankung, wird entsprochen, wenn das Behandlungsteam die künstliche Ernährung als medizinisch angezeigt erachtet. Eine künstliche Ernährung gilt z.B. als medizinisch nicht angezeigt, wenn die Sterbephase eingetreten ist und der Tod unmittelbar bevorsteht.
Künstliche Ernährung kann auf drei verschiedene Arten erfolgen:

- mit einer Magensonde (dünner Schlauch) durch die Nase
- mit einer Magensonde direkt durch die Bauchdecke in den Magen (PEG)
- über Infusionen unter Umgehung des Magen-Darm-Traktes

**Ernährung mit einer Magensonde durch die Nase**

O **Variante A**
Ich lehne die Ernährung mit einer Magensonde durch die Nase ab, auch wenn dadurch mein Leben verkürzt werden sollte. Die Betreuung soll sich auf die Mundpflege sowie Haut- und Schleimhautpflege beschränken.

O **Variante B**
Auch im Endstadium einer unheilbaren Erkrankung will ich mit einer Magensonde durch die Nase ernährt werden, falls ich die Nahrung nicht mehr in ausreichender Menge auf natürlichem Weg einnehmen kann, sofern dies medizinisch sinnvoll ist.

**Ernährung mit einer Magensonde durch die Bauchdecke (PEG)**

O **Variante A**
Ich lehne die Ernährung mit einer Magensonde (PEG) ab, auch wenn dadurch mein Leben verkürzt werden sollte. Die Betreuung soll sich auf die Mundpflege sowie Haut- und Schleimhautpflege beschränken.

O **Variante B**
Auch im Endstadium einer unheilbaren Erkrankung will ich mit einer Magensonde (PEG) ernährt werden, falls ich die Nahrung nicht mehr in ausreichender Menge auf natürlichem Weg einnehmen kann, sofern dies medizinisch sinnvoll ist.

**Ernährung über Infusionen (z.B. in eine Blutbahn)**

O **Variante A**
Ich lehne die Ernährung über Infusionen ab, auch wenn dadurch mein Leben verkürzt werden sollte. Die Betreuung soll sich auf die Mundpflege sowie Haut- und Schleimhautpflege beschränken.

O **Variante B**
Auch im Endstadium einer unheilbaren Erkrankung will ich über eine Infusion ernährt werden, falls ich die Nahrung nicht mehr in ausreichender Menge auf natürlichem Weg einnehmen kann, sofern dies medizinisch sinnvoll ist.

## Flüssigkeit

**Wenn ich nicht mehr trinken kann**

O will ich keine Flüssigkeit mittels einer Infusion.

O akzeptiere ich Infusionen, wenn Durst vermutet wird. Treten Ödeme auf, sind die Infusionen zu stoppen.

## Lebenserhaltende Massnahmen

**O Variante A**
**Ich will keine lebenserhaltende Behandlung, sondern ausschliesslich lindernde Pflege und Begleitung (Palliative Care, siehe S. 7).**

- Das behandelnde Team verzichtet auf alle diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, die explizit der Lebenserhaltung dienen. Massnahmen wie Beatmung, Nierenersatzverfahren (Dialyse), medikamentöse Kreislauf-unterstützung, Blutersatzverfahren inklusive Infusionen, Medikamente zur Senkung des Kalziumspiegels werden abgesetzt.

- Diagnostische und therapeutische Massnahmen (z.B. Antibiotika) sollen nur optimaler palliativer (lindernder) Betreuung dienen.

**O Variante B**
**Ich will, dass das behandelnde Team alle lebenserhaltenden medizinischen Massnahmen ausschöpft, sofern diese vom Behandlungsteam als medizinisch angezeigt erachtet werden.**

**Verfügung über meinen Körper**

**Organ-, Gewebe- und Zellspende**

O Ich will keine Organe, Gewebe oder Zellen spenden.

O Ich spende nach meinem Tod ohne Einschränkung Organe, Gewebe oder Zellen.

O Ich spende nach meinem Tod die folgenden Organe, Gewebe oder Zellen
*Zutreffendes bitte ankreuzen (X)*:

O Herz O Lungen O Leber O Nieren

O Dünndarm O Bauchspeicheldrüse O Augenhornhaut O Haut

O Leber- oder Knorpelzellen

**Autopsie/Obduktion**

Bei einer Autopsie (auch Obduktion genannt) wird der Körper nach dem Tod geöffnet und untersucht, um die Todesursache festzustellen.
Bei einem aussergewöhnlichen* Todesfall wird aus rechtlichen Gründen eine Autopsie zwingend durchgeführt, auch wenn keine gewünscht wird.
* Aussergewöhnlich meint: unklarer oder gewaltsamer Todesfall, Suizid oder assistierter Suizid.

O Ich will keine Autopsie.
Eine Autopsie soll nur im Fall eines unerwarteten (aber nicht aussergewöhnlichen) Todes erfolgen.

O Ich gestatte eine Autopsie.

O Die Entscheidung überlasse ich der vertretungsberechtigten Person.

Diese Patientenverfügung habe ich aus freiem Willen erstellt. Ich weiss, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ganz oder teilweise ändern oder widerrufen kann.

**Ort/Datum:** **Unterschrift:**

---

**Aktualisiert Ort/Datum:** **Unterschrift:**

---