

Patientenverfügung SRK

Vorname

Nachname



Modul 1

Folgende Möglichkeiten stehen Ihnen beim Ausfüllen zur Verfügung:

Mindestangaben (obligatorisch) – Modul 1

Persönliche Daten, Hausärztin/Hausarzt, Bevollmächtigung, Behandlungsziel, Reanimation und Werthaltung

Erweiterte Angaben (freiwillig) – Modul 2

Detaillierte medizinische Anordnungen

Wichtig: Bitte nehmen Sie zum Ausfüllen Ihrer Patientenverfügung SRK die Wegleitung (↗) zu Hilfe.

Die nachfolgenden Anordnungen habe ich im Besitz meiner Urteilskraft und nach reiflicher Überlegung getroffen für den Fall, dass ich wegen Urteilsunfähigkeit (↗) nicht in der Lage bin, meinen Willen zu äussern.

1. Persönliche Daten

Frau Herr

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Sozialversicherungsnummer, ehemals AHV-Nummer

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon privat

Telefon mobil

E-Mail-Adresse

2. Hausärztin/Hausarzt

Vorname/Name/Praxis

Telefon

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Sie/er soll im Fall meiner Hospitalisierung benachrichtigt werden.

Ja Nein

3. Bevollmächtigung

Vertretungsberechtigte Person

Ich ermächtige die aufgeführten vertretungsberechtigten Personen (↗), meinen in der vorliegenden Patientenverfügung enthaltenen persönlichen Willen gegenüber den Ärztinnen/Ärzten und dem gesamten behandelnden Team geltend zu machen und durchzusetzen. Die Schweigepflicht (↗) diesen Personen gegenüber wird aufgehoben.

Frau Herr

Bezug (z.B. Partner/-in)

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon privat

Telefon beruflich

Telefon mobil

E-Mail-Adresse

Vertretungsberechtigte Ersatzperson

Frau Herr

Bezug (z.B. Partner/-in)

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon privat

Telefon beruflich

Telefon mobil

E-Mail-Adresse

Ich habe die vertretungsberechtigten Personen über die Funktion meiner Patientenverfügung informiert und den Inhalt mit ihnen besprochen.

Ja Nein

Verzicht auf Bevollmächtigung

Ich verzichte auf die Einsetzung von vertretungsberechtigten Personen.

4. Meine persönliche Werthaltung

Die im Folgenden beschriebenen Werte und Überlegungen für mein Leben sollen den behandelnden medizinischen Fachpersonen als Orientierung in schwierigen Entscheidungssituationen helfen.

Nehmen Sie zum Verfassen der Werthaltung die Wegleitung (↗) zur Hand. Bitte äussern Sie sich vorwiegend zu folgenden Aspekten:

- Meine Motivation für das Erstellen dieser Patientenverfügung
- Persönliche Einstellungen, Religion, Werte und Ängste bezüglich Gesundheit und Krankheit
- Lebensqualität: was mir im Leben wichtig ist
- Mein aktueller Gesundheitszustand, Erfahrungen mit Krankheit, Pflegebedürftigkeit (für mich denkbare Einschränkungen)
- Meine Erfahrungen mit Sterben und Tod



5. Medizinische Anordnungen

Massnahmen zur Wiederbelebung bei Herz-Kreislauf-Stillstand (Reanimation (↗))

Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus:

Ich gestatte die Durchführung einer Reanimation grundsätzlich in jeder Situation, d.h. auch bei einer schlechten medizinischen Prognose, wie beispielsweise bei einer bestehenden Erkrankung oder einer unmittelbar lebensbedrohlichen, nicht kurativ behandelbaren Vorerkrankung.

Ich gestatte die Durchführung einer Reanimation nur bei günstiger medizinischer Prognose, wenn der Vorfall im Spital, im Rahmen einer diagnostischen Abklärung oder einer therapeutischen Intervention (Operation), bei einer plötzlich auftretenden Herzrhythmusstörung oder bei gutem gesundheitlichen Vorzustand etc. eintritt.

Ich verbiete eine Reanimation grundsätzlich in allen Situationen.

Behandlungsziel bei guter Erholungschance

Bei guter Prognose werden alle erforderlichen medizinischen und therapeutischen Massnahmen ergriffen, wenn damit wieder ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben geführt werden kann.

Behandlungsziel bei schlechter Erholungschance gemäss meiner persönlichen Werthaltung sowie der medizinischen Prognose

Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus:

Ich wünsche, dass im Sinne der **Palliative Care** (↗) nur Massnahmen zur Linderung belastender Symptome (z.B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst) ergriffen werden. Massnahmen, die der Lebenserhaltung dienen, sollen nicht mehr durchgeführt werden.

oder

Ich wünsche, dass **alle medizinischen Massnahmen** eingesetzt werden, die der Lebenserhaltung und Lebensverlängerung dienen. Beschwerden, die möglicherweise aus lebenserhaltenden Massnahmen resultieren, nehme ich in Kauf. Belastende Symptome sollen bestmöglich gelindert werden.

Geltungsbereich

Die in dieser Patientenverfügung genannten medizinischen Anordnungen gelten in **allen Situationen von Urteilsunfähigkeit**, ausser Sie wünschen, dass diese ausschliesslich in folgenden Situationen gelten:

Zusätzliche Bemerkungen:

6. Beratung

Die nachfolgende Angabe ist freiwillig.

Beim Erstellen dieser Patientenverfügung wurde ich beraten von:

Institution, Name

Datum

7. Hinterlegung meiner Patientenverfügung SRK

Ich hinterlege meine Patientenverfügung beim SRK (kostenpflichtig (↗)):

Ja

Nein

Senden an: **Schweizerisches Rotes Kreuz, Patientenverfügung SRK,
Werkstrasse 18, 3084 Wabern**

Ich möchte Kopien meiner hinterlegten Patientenverfügung erhalten. Anzahl (max. 3)

8. Datum und Unterschrift

Mit dieser Unterschrift bestätige ich, dass ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB (↗) vorsorge.redcross.ch) gelesen habe und ihnen zustimme. Weiter bekunde ich meinen rechtsverbindlichen Willen im Hinblick auf medizinische Massnahmen und weitere verbindliche Anordnungen im Fall der eigenen Urteilsunfähigkeit.

Datum

Unterschrift

.....

Modul 2

9. Weitere medizinische Anordnungen

Im Modul 2 können Sie medizinische Eingriffe und Massnahmen für den Fall Ihrer Urteilsunfähigkeit wählen. Diese Auswahl tritt nur in Kraft, wenn es gemäss bestem Wissen des Behandlungsteams sehr unwahrscheinlich ist, dass Sie je wieder ein Leben im Sinne **Ihrer persönlichen Werthaltung** (Seite 3) führen werden können.

Mit folgenden Angaben konkretisiere ich meinen Willen bezüglich der Behandlung bei einer **schlechten Erholungschance**:

	Ja	Nein	Entscheidung vertretungsbe- rechtigte Person
Medikamente			
Medikamente zur Behandlung neuer Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiotika (↗) zur Behandlung einer akuten Infektion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sedierende Medikamente (↗) bei schwer kontrollierbaren Symptomen, z.B. Angstzuständen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamente zur Behandlung vorbestehender Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bemerkungen:

	Ja	Nein	Entscheidung vertretungsbe- rechtigte Person
Weitere Behandlungen			
Chemotherapie (↗), Bestrahlung (↗)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chirurgische Eingriffe (↗), inkl. der damit verbundenen Massnahmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluttransfusionen (↗)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dialyse (↗)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bemerkungen:

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr (↗)

Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus:

Nahrung Flüssigkeit

Nein

Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

Ja Kurzfristig, mit Aussicht, dass ich später wieder Nahrung/Flüssigkeit auf normalem Weg aufnehmen kann (bis ein Monat)

Langfristig (länger als ein Monat)

Über die Dauer soll die vertretungsberechtigte Person entscheiden.

Bemerkungen:

Künstliche Beatmung (↗)

Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus:

Nein

Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

Ja Kurzfristig (bis max. eine Woche)

Langfristig

Über die Dauer soll die vertretungsberechtigte Person entscheiden.

Bemerkungen:

10. Weitere Anordnungen

Behandlungsort

Eine Behandlung auf der Intensivstation (↗) soll möglichst vermieden werden.

Ich wünsche in der letzten Lebensphase eine ambulante Betreuung zuhause. Falls diese nicht mehr möglich ist, bin ich mit dem Eintritt in eine Institution (Pflegeheim, Akut-Spital, Palliative-Care-Einrichtung, Hospiz) einverstanden.

Weitere Angaben zu Pflege, Betreuung und psychosozialer Begleitung

Im Fall einer Urteilsunfähigkeit sind mir folgende Anliegen für meine Pflege und Betreuung wichtig (psychosoziale Begleitung, besondere Wünsche, z.B. Seelsorge oder Rituale):

Organspende

Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus:

Ich verbiete die Entnahme von Organen, Geweben und Zellen aus meinem Körper.

Die vertretungsberechtigte Person soll entscheiden.

Ich gestatte im Fall meines Todes die Entnahme jeglicher Organe, Gewebe und Zellen und die damit verbundenen vorbereitenden organerhaltenden medizinischen Massnahmen.

Ich gestatte im Falle meines Todes die Entnahme der unten gekennzeichneten Organe und die damit verbundenen vorbereitenden organerhaltenden medizinischen Massnahmen.

Sie können **mehrere** Organe ankreuzen:

- | | | |
|--------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse (Pankreas) | <input type="checkbox"/> Nieren |
| <input type="checkbox"/> Lunge | <input type="checkbox"/> Augenhornhaut (Cornea) | <input type="checkbox"/> Dünndarm |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Weitere Gewebe und Zellen |

Medizinische (klinische) Autopsie (↗)

Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus:

Ich gestatte eine Autopsie.

- Ja Nein Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

Einsicht in den Autopsiebericht

Diese Rubrik muss nur ausgefüllt werden, wenn Sie unter «Medizinische (klinische) Autopsie» «Ja» angewählt haben:

Ausser meinen behandelnden Ärztinnen und Ärzten ist niemandem Einsicht in den Autopsiebericht zu gewähren.

Folgender Person bzw. folgenden Personen ist Einsicht in den Autopsiebericht zu gewähren:

der vertretungsberechtigten Person

folgender weiterer Person:

Person Frau Herr

Vorname, Name

Adresse

Einsicht in mein Patientendossier nach meinem Tod

Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus:

Ausser meinen behandelnden Ärztinnen und Ärzten ist niemandem Einsicht mein Patientendossier zu gewähren.

Folgender Person bzw. folgenden Personen ist Einsicht in mein Patientendossier zu gewähren:

der vertretungsberechtigten Person

folgender weiterer Person:

Person Frau Herr

Vorname, Name

Adresse

Zu dieser Patientenverfügung habe ich weitere Vorsorgedokumente erstellt

(z.B. Vorsorgeauftrag (↗), Anordnung im Todesfall (↗), Körperspende (↗) etc.):

Vorsorgeauftrag Nein Ja, hinterlegt bei

Anordnung im Todesfall Nein Ja, hinterlegt bei

Hinterlegt bei

Hinterlegt bei

11. Ärztliche Bestätigung

Die nachfolgenden Angaben sind freiwillig:

Ärztliche Bestätigung der Urteilsfähigkeit zum Zeitpunkt des Erstellens

Erstellt durch:

Frau

Herr

Vorname, Nachname

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Datum

Unterschrift, Stempel

.....

12. Datum und Unterschrift

Mit dieser Unterschrift bestätige ich, dass ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB ([↗](http://vorsorge.redcross.ch)) vorsorge.redcross.ch) gelesen habe und ihnen zustimme. Weiter bekunde ich meinen rechtsverbindlichen Willen im Hinblick auf medizinische Massnahmen und weitere verbindliche Anordnungen im Fall der eigenen Urteilsunfähigkeit.

Datum

Unterschrift

.....

.....

Damit bei einem allfälligen Einsatz der Patientenverfügung nicht die Aktualität des Willens angezweifelt werden kann, ist ein möglichst zeitnahes Datum von Vorteil. Das SRK empfiehlt eine Aktualisierung alle zwei bis drei Jahre.