



Patientenverfügung

Titelbild: Iris Krebs

Einleitung

Die Patientenverfügung soll in allen Situationen angewendet werden, in denen Sie urteilsunfähig sind und medizinische Behandlungsentscheide getroffen werden müssen. Das heisst, bei akuten, neu auftretenden Ereignissen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Unfall, oder auch bei chronisch verlaufenden Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium. Jede urteilsfähige Person kann eine Patientenverfügung verfassen und damit festlegen, welchen medizinischen Massnahmen sie im Falle ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt.

Je klarer Ihre Patientenverfügung ist und je konkreter sie auf Ihre aktuelle medizinische Situation zutrifft, desto weniger Auslegungsprobleme ergeben sich und desto mehr Gewicht kommt der Verfügung im Entscheidungsprozess zu.

Die Patientenverfügung kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie dem Behandlungsteam auch zur Verfügung steht. Stellen Sie deshalb sicher, dass sie im Bedarfsfall gefunden wird. Wichtig ist, dass jene Personen davon Kenntnis haben, an die sich das Behandlungsteam im Falle Ihrer Urteilsunfähigkeit voraussichtlich wenden wird.

Bewahren Sie Ihre Patientenverfügung in einem verschlossenen Couvert auf. Schreiben Sie es folgendermassen an: «Anweisungen für den Fall eines schweren Unfalls oder einer schweren Krankheit». Informieren Sie Ihre Angehörigen, wo Sie dieses Dokument aufbewahren. Übergeben Sie Ihrer Vertretungsperson und Ihrem behandelnden Arzt je eine Kopie der Patientenverfügung. Machen Sie mit der Hinweiskarte in Ihrem Portemonnaie einen Vermerk auf den Aufbewahrungsort Ihrer Patientenverfügung und die Adresse der Vertretungsperson.

Überprüfen Sie die Angaben von Zeit zu Zeit und passen Sie das Dokument bei veränderten Gegebenheiten und Bedürfnissen an. Eine Patientenverfügung können Sie jederzeit abändern oder widerrufen. Es empfiehlt sich, die Patientenverfügung rund alle zwei Jahre zu erneuern bzw. zu aktualisieren.

Ein Beratungsgespräch kann eine hilfreiche Unterstützung beim Verfassen der Patientenverfügung sein und ist deshalb zu empfehlen. Das Beratungsteam der Pro Senectute steht Ihnen bei Fragen oder Unsicherheiten gerne zur Verfügung.

Patientenverfügung

Ich erstelle diese Patientenverfügung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, also im Zustand der Urteilsfähigkeit und nach reiflicher Überlegung für den Fall, dass ich krankheits- oder unfallbedingt nicht mehr fähig bin, meinen Willen zu äussern.

Meine persönlichen Angaben

Name/Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Telefon:

Geburtsdatum:

Meine in diesem Dokument geäusserten Willensbekundungen und Anordnungen sind verbindlich und sollen in allen Situationen angewendet werden, in denen ich aufgrund Urteilsunfähigkeit meinen eigenen Willen nicht mehr äussern kann und medizinische Behandlungsentscheide getroffen werden müssen.

1. Vertretung in medizinischen Angelegenheiten

- Ich habe bewusst keine Vertretung in medizinischen Angelegenheiten bestimmt.
- Nachfolgende Person wird von mir bevollmächtigt, meinen Willen in medizinischen Angelegenheiten zu vertreten, falls trotz der Patientenverfügung Unklarheiten bestehen und Entscheide getroffen werden müssen:

Name/Vorname:

Adresse:

Telefon:

Beziehungsstatus:

Falls oben genannte Person mich nicht vertreten kann oder es ablehnt, wird nachfolgende Person im gleichen Umfang bevollmächtigt:

Name/Vorname:

Adresse:

Telefon:

Beziehungsstatus:

Ich wünsche, dass genannte Personen sobald als möglich verständigt werden, falls ich krankheits- oder unfallbedingt nicht mehr fähig bin, meinen Willen zu äussern.

Ich entbinde alle beteiligten Ärzte und Ärztinnen sowie deren Mitarbeitende und das übrige Gesundheitspersonal vom Arzt- und Berufsgeheimnis, damit die oben genannten Personen umfassend informiert werden können. Dies soll auch über meinen Tod hinaus gelten.

2. Gültigkeitsbereich / Zugelassenen Massnahmen

2.1 Es bestehen keine Heilungsaussichten

- Ich will mit dieser Patientenverfügung erreichen, dass alle medizinischen Möglichkeiten zur Erhaltung meines Lebens ausgeschöpft werden und mein Leiden bestmöglich gelindert wird. Ich nehme dabei in Kauf, dass die von mir gewünschte Lebenserhaltung mit Belastungen verbunden sein kann.

oder

- Ich will meine Lebenszeit nicht um jeden Preis verlängern. Ich lasse diagnostische und therapeutische Massnahmen nur zu, wenn sie der Schmerzlinderung und Zustandsverbesserung ohne Heilabsicht dienen und lehne rein der Lebensverlängerung dienende Massnahmen (auch die Reanimation) ab. Ich nehme damit in Kauf, dass durch den Verzicht auf bestimmte medizinische Behandlungen, mein Leben verkürzt werden kann.

2.2 Es besteht die Möglichkeit auf Besserung

- Das behandelnde Team soll alle angemessenen medizinischen Massnahmen ausschöpfen, solange die Möglichkeit auf eine Besserung meines gesundheitlichen Zustandes in absehbarer Zeit besteht. Dazu gehört auch eine Reanimation (medikamentös und/oder elektrisch und/oder mechanisch). Dabei nehme ich in Kauf, dass die von mir gewünschte Lebenserhaltung mit Belastungen verbunden sein kann.

oder

- Selbst wenn die Möglichkeit auf Besserung besteht, lasse ich diagnostische und therapeutische Massnahmen nur zu, wenn sie der Schmerzlinderung und Zustandsverbesserung ohne Heilabsicht dienen und lehne rein der Lebensverlängerung dienende Massnahmen (auch die Reanimation) ab. Ich nehme in Kauf, dass durch den Verzicht auf bestimmte medizinische Behandlungen, mein Leben verkürzt werden kann.

2.3 Schmerzlinderung und Symptombehandlung

- Ich möchte, dass Schmerz- und Beruhigungsmittel in jedem Fall wirksam dosiert werden. Dabei nehme ich auch eine allfällige Beeinträchtigung des Bewusstseins oder eine Verkürzung des Lebens in Kauf.

oder

- Ich möchte, dass Schmerz- und Beruhigungsmittel nur soweit eingesetzt werden, dass mein Zustand gerade noch erträglich ist. Dadurch eventuell gewonnene vorübergehende Perioden mit klarem Bewusstsein sind mir wichtig.

Bemerkungen:

2.4 Künstliche Ernährung

Ich gestatte die dauerhafte künstliche Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung (mittels Magensonde, Infusion, chirurgischer Einlage einer Ernährungssonde).

- ja nein falls nein:

Ich gestatte eine künstliche Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung vorübergehend, das heisst, wenn zu erwarten ist, dass dadurch mein Leiden gelindert wird oder dass ich später Flüssigkeit und Nahrung wieder auf normalem Weg zu mir nehmen kann.

- ja nein

Bemerkungen:

2.5 Reanimation

Im Falle eines plötzlichen Herztodes (Kreislauf- und/oder Atem-Stillstandes mit Bewusstlosigkeit) möchte ich:

- reanimiert werden
- nicht reanimiert werden

Bemerkungen:

2.6 Einweisung in eine Institution

- Ich möchte, soweit es meine Angehörigen und Freunde als zumutbar empfinden, möglichst zuhause sterben und nicht in einer Institution (Spital, Alters- und Pflegeheim oder Ähnliches).

oder

- Mir ist eine professionelle Pflege und Betreuung wichtig, ich will in eine Institution (Spital, Alters- und Pflegeheim oder Ähnliches) gebracht werden.

Bemerkungen:

3. So möchte ich sterben

3.1 Sterbebegleitung

Falls ich nicht plötzlich und unverhofft sterbe, sondern Zeit habe, mich zu verabschieden, möchte ich durch folgende mir nahe stehende Person begleitet werden:

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

- Ich wünsche eine religiöse Begleitung beim Sterben.
Meine Konfession ist:
- Ich wünsche keine religiöse Begleitung beim Sterben.

4. Verfügung über meinen Körper

4.1 Entnahme von Organen, Geweben und Zellen zum Zweck der Transplantation

- Ich will keine Organe spenden.
- Mir dürfen uneingeschränkt Organe entnommen werden.
- Ich gestatte nur die Entnahme von nachfolgend genannten Organen:
 - Herz
 - Haut
 - Augenhornhaut (Cornea)
 - Lungen
 - Nieren
 - Bauchspeicheldrüse (Pankreas)
 - Leber
 - Dünndarm
 - Übriges Gewebe und Zellen

4.2 Obduktion/Autopsie

- Ich gestatte keine Obduktion/Autopsie meines Körpers.
- Ich gestatte eine Obduktion/Autopsie meines Körpers.
- Ich stelle meinen Körper nicht für die medizinische Forschung und Lehre zur Verfügung.
- Ich stelle meinen Körper für die medizinische Forschung und Lehre zur Verfügung.

Dafür muss ich zwingend mit einem anatomischen Institut Kontakt aufnehmen und mich anmelden. Eine ordentliche Beerdigung kann sich dadurch bis zu fünf Jahre nach meinem Versterben hinauszögern.

5. Verwaltung meiner Patientenverfügung

Kopien dieser Verfügung habe ich folgenden Personen/Institutionen übergeben:

Name/Vorname:

Adresse:

Telefon:

Beziehungsstatus:

Name/Vorname:

Adresse:

Telefon:

Beziehungsstatus:

Name/Vorname:

Adresse:

Telefon:

Beziehungsstatus:

Name/Vorname:

Adresse:

Telefon:

Beziehungsstatus:

6. Unterschrift / Aktualisierung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, diese Patientenverfügung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, also im Zustand der Urteilsfähigkeit erstellt zu haben.

Ort/Datum:

Unterschrift:

6.1 Aktualisierung

Aus Gründen der Rechtsverbindlichkeit ist es wichtig, dass die Patientenverfügung periodisch aktualisiert wird. Es wird empfohlen, diese Patientenverfügung regelmässig (ca. alle zwei Jahre) neu zu datieren und zu unterschreiben.

Ort/Datum:

Unterschrift:

Ort/Datum:

Unterschrift:

Ort/Datum:

Unterschrift:

Ort/Datum:

Unterschrift:

Ort/Datum:

Unterschrift:

Kostenlos zu beziehen ist diese Broschüre bei:

Pro Senectute Kanton Bern

Geschäftsstelle

Worblentalstrasse 32

3063 Ittigen

Telefon 031 924 11 00

E-Mail: info@be.prosenectute.ch

www.be.prosenectute.ch

Ebenfalls bei Pro Senectute Kanton Bern sind die Broschüren «Anordnungen für den Todesfall» und «Wissenswertes zum Testament» erhältlich. Darin können Sie die wichtigsten Informationen für Angehörige und Vertrauenspersonen aufschreiben oder erhalten Tipps, wie Sie Ihr ganz persönliches, eigenhändig geschriebenes Testament abfassen können und was Sie dabei zu beachten haben.

Die Sozialberatung von Pro Senectute bietet auch kostenlose und vertrauliche Beratung zu diesen Themen an. Wenden Sie sich an die Beratungsstelle in Ihrer Region:

Region Bern

Regional- und Beratungsstelle

Telefon 031 359 03 03

Region Berner Oberland

Regionalstelle Thun

Telefon 033 226 60 60

Beratungsstelle Interlaken

Telefon 033 226 60 60

(Dienstag & Donnerstag)

Region Biel/Bienne-Seeland

Regional- und Beratungsstelle Biel

Telefon 032 328 31 11

Beratungsstelle Lyss

Telefon 032 328 31 11

Region Emmental-Oberaargau

Regional- und Beratungsstelle

Langenthal

Telefon 062 916 80 90

Beratungsstelle Burgdorf

Telefon 034 420 16 50

Beratungsstelle Konolfingen

Telefon 031 790 00 10

Hinweiskarte

Die nachfolgende Hinweiskarte dient dazu, dass Ihre Patientenverfügung in einem Notfall möglichst schnell gefunden werden kann und so Ihre Wünsche.

- Füllen Sie die Hinweiskarte gemäss Angaben handschriftlich aus
- Schneiden Sie die Karte aus, falten und kleben Sie diese zusammen
- Legen Sie die Karte in ihr Portemonnaie



Ich besitze eine Patientenverfügung

Name, Vorname: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

be.prosenectute.ch

**PRO
SENECTUTE**
GEMEINSAM STÄRKER

Meine Patientenverfügung ist hinterlegt

- bei meiner Vertretungsperson*
 bei meinem behandelnden Arzt*

zuhause, Standort: _____

anderer Standort: _____

* Angaben zur Vertretungsperson
oder zum behandelnden Arzt:

Name, Vorname: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____



Ich besitze eine Patientenverfügung

Name, Vorname: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

be.prosenectute.ch

**PRO
SENECTUTE**
GEMEINSAM STÄRKER

Meine Patientenverfügung ist hinterlegt

- bei meiner Vertretungsperson*
 bei meinem behandelnden Arzt*

zuhause, Standort: _____

anderer Standort: _____

* Angaben zur Vertretungsperson
oder zum behandelnden Arzt:

Name, Vorname: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Pro Senectute Kanton Bern

Geschäftsstelle

Worbentalstrasse 32

3063 Ittigen

031 924 11 00

info@be.prosenectute.ch

www.be.prosenectute.ch