

Patientenverfügung SRK

Vorname:

Nachname:



Modul 1

Bitte nehmen Sie zum Ausfüllen Ihrer Patientenverfügung SRK die Wegleitung zu Hilfe.

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

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-Nr.

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 Falle 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 Ärzten/Ärztinnen 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

Die vertretungsberechtigten Personen wurden beim Erstellen über Funktion und Inhalt meiner Patientenverfügung informiert.

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.

• **Bitte äussern Sie sich vorwiegend zu folgenden Aspekten:**

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

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

Ich wünsche, dass im Sinne der **Palliative Care** ↗ nur Massnahmen zur Linderung krankheitsbedingter Symptome (z.B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst etc.), aber nicht zur Lebenserhaltung eingesetzt werden.

Ich wünsche, dass **alle** medizinischen Massnahmen, die der Erhaltung des Lebens dienen, ausgeschöpft werden, einschliesslich der Linderung des Leidens. Beschwerden, die allfällig aus der lebenserhaltenden Behandlung resultieren, nehme ich in Kauf.

oder

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. Aufbewahrung meiner Patientenverfügung SRK

Ja Nein

Ich hinterlege meine Patientenverfügung beim SRK (kostenpflichtig ↗)
(senden an: Schweizerisches Rotes Kreuz, Patientenverfügung SRK,
Werkstrasse 18, 3084 Wabern)

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

8. Unterschrift

Ich bestätige, dass ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB ↗) gelesen habe und ihnen zustimme.

Mit dieser Unterschrift bekunde ich meinen rechtsverbindlichen Willen im Hinblick auf medizinische Massnahmen und weitere verbindliche Anordnungen im Falle der eigenen Urteilsunfähigkeit.

Datum

Unterschrift

.....

Modul 2

9. Weitere medizinische Anordnungen

Behandlung im Falle einer schlechten Erholungschance zur Konkretisierung des von mir gewählten Behandlungsziels (Punkt 5)

	Ja	Nein	Entscheidung vertretungs- berechtigte 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 unkontrollierbaren Symptomen, z.B. Atemnot oder Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamente zur Behandlung vorbestehender Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bemerkungen:

Künstliche Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr ➤

🗨️ Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus.

	Ernährung	Flüssigkeit
Nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja		
Kurzfristig, mit Aussicht, dass ich später wieder Nahrung/Flüssigkeit auf normalem Weg aufnehmen kann (bis 1 Monat)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Langfristig (länger als 1 Monat)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Über die Dauer soll die vertretungsberechtigte Person entscheiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bemerkungen:

Künstliche Beatmung [↗](#)

☞ Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus.

- Nein
- Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person
- Ja
- Kurzfristig (bis max. 1 Woche)
- Langfristig
- Über die Dauer soll die vertretungsberechtigte Person entscheiden

Bemerkungen:

Weitere Behandlungen

	Ja	Nein	Entscheidung vertretungsbe- rechtigte Person
Chemotherapie ↗ , Bestrahlung ↗	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chirurgische Eingriffe ↗	<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:

10. Weitere Anordnungen

Behandlungsort

☞ Die nachfolgenden Angaben sind freiwillig.

- Eine Behandlung auf der Intensivstation [↗](#) soll möglichst vermieden werden.
- Einweisung in eine Institution (Pflegeheim, Akut-Spital, Palliative-Care-Einrichtungen) nur wenn palliative Massnahmen zuhause nicht durchgeführt werden können/nicht mehr möglich sind.

Weitere Angaben zu Pflege, Betreuung und psychosozialer Begleitung

Im Falle 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 Falle 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"/> Lungen | <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 nicht ausgefüllt werden, wenn Sie unter «Medizinische (klinische) Autopsie» «Nein» 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 meine Krankengeschichte nach meinem Tod

🗨 Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus.

Ausser meinen behandelnden Ärztinnen und Ärzten ist niemandem Einsicht in die Krankengeschichte zu gewähren.

Folgender Person bzw. folgenden Personen ist Einsicht in die Krankengeschichte 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 ↗, Bestattungsverfügung ↗, Körperspende ↗ etc.):

Nein Ja, hinterlegt bei:

11. Ärztliche Bestätigung

Die nachfolgenden Angaben sind freiwillig.

Ärztliche Bestätigung der Urteilsfähigkeit zum Zeitpunkt des Erstellens

Erstellt durch:

<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Herr	Vorname, Nachname:	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer		Postleitzahl, Ort	<input type="text"/>
<input type="text"/>		Datum	Unterschrift, Stempel
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

12. Unterschrift

Ich bestätige, dass ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB [↗](#)) gelesen habe und ihnen zustimme.

Mit dieser Unterschrift bekunde ich meinen rechtsverbindlichen Willen im Hinblick auf medizinische Massnahmen und weitere verbindliche Anordnungen im Falle der eigenen Urteilsunfähigkeit.

Datum	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>