

Zur Kenntnis genommen

1. Vertrauensperson Name _____
Adresse _____
Ort, Datum _____
Unterschrift _____

2. Vertrauensperson Name _____
Adresse _____
Ort, Datum _____
Unterschrift _____

Mein Hausarzt

Name _____
Adresse _____
Ort, Datum, Unterschrift _____

Der Patient/die Patientin

Ort, Datum, Unterschrift _____

Diese Patientenverfügung ist erhältlich über eine Arztpraxis oder kann bei der Arbeitsgemeinschaft Sterbekultur gegen Vorauszahlung von Fr. 5.- bestellt werden (fachzweig@sterbekultur.ch). Auf dieser Webseite kann die Verfügung auch kostenlos als PDF heruntergeladen werden.

Arbeitsgemeinschaft Sterbekultur, Zürichbergstrasse 27, 8032 Zürich
arbeitsgemeinschaft@sterbekultur.ch



Name _____
Geburtsdatum _____
Wohnort _____

Das Leben ist seit alten Zeiten in allen Kulturen heilig gehalten worden, und ebenso können die Prozesse von Geborenwerden und Sterben als von der geistigen Welt her sinnvoll geordnet erfahren werden. Das menschliche Individuum spricht sich deutlich aus in seinen ganz persönlichen biographischen Rhythmen. Eine gute medizinische Palliativversorgung bedeutet für mich, diese geistigen Gegebenheiten wie bei einer natürlichen Geburt behutsam zu begleiten und möglichst nicht zu stören.

Ich verfasse diese Patientenverfügung mit dem Wunsch, dann in Frieden sterben zu können, wenn es für mich an der Zeit sein wird. Wenn das Sterben sich abzeichnet, möchte ich, dass mein Leben weder durch medizinische Massnahmen künstlich verlängert noch durch medizinische Massnahmen verkürzt wird. Alle ergriffenen Massnahmen sollen meine Situation erträglich halten in dem Mass, dass meine Bewusstseinsklarheit und Kommunikationsfähigkeit möglichst unbeeinträchtigt bis zuletzt erhalten bleibt. Insbesondere verzichte ich in der Sterbephase so weit wie möglich auf Beruhigungsmittel, Psychopharmaka und fiebersenkende Medikamente. Opiate dürfen nur mit klarer Indikation (schwere Atemnot oder anders nicht beherrschbare Schmerzen) in minimaler Dosierung unter genauer Beobachtung des klinischen Effekts eingesetzt werden. Wenn ich tief bewusstlos bin, sollen alle Medikamente abgesetzt werden.

Gleichzeitig bin ich dankbar für jede Form pflegerischer Hilfe und menschlichen Beistandes wie Lagerung, Mundpflege, äussere Anwendungen, Massagen, künstlerische und geistige Begleitung und menschliche Nähe sowie eine ärztliche Behandlung im Sinn und Geist dieser meiner Patientenverfügung.

Für den Fall, dass ich durch eine akute Gesundheitskrise (Unfall oder Krankheit) ohne Aussicht auf wesentliche Besserung oder eine chronische Erkrankung meinen Willen nicht mehr bekunden kann oder dauerhaft urteilsunfähig geworden bin, treffe ich bis auf Widerruf unbeeinflusst und bei klarer vorhandener Urteilsfähigkeit vorsorglich folgende Notfall-Verfügung im Sinne eines Patienten-testaments:

| | keine Festlegung | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Reanimation (Wiederbelebung) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> |
| Hospitalisation (Spitaleinweisung) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> |
| Intubation (Künstliche Beatmung) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> |
| Dialyse (Nierenersatzverfahren) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> |
| Operation (Chirurgischer Eingriff) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> |
| Invasive Diagnostik (z.B. Herzkatheter) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> |
| Parenterale (künstliche) Ernährung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> |

| | keine Festlegung | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| PEG-Sonde (Magenfistel) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> |
| Antibiotika (z.B. Penicillin) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> |
| Antipyretika (Fiebersenkung) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> |
| Infusion (Flüssigkeitszufuhr) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> |

Für den **Todesfall** verfüge ich folgendes:

| | | | |
|---------------|-----------------------------|-------------------------------|---|
| Obduktion | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> keine Festlegung |
| Organentnahme | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> keine Festlegung |

Ich bitte und beauftrage die nachfolgend genannten Personen, meine **Rechte und Interessen** im Sinne dieser Patientenverfügung in meinem Namen zu vertreten:

1. Person Name _____

Adresse _____

Tel. mobile _____

Fax _____

E-Mail _____
2. Person Name _____

Adresse _____

Tel. mobile _____

Fax _____

E-Mail _____