FMH

SAMW ASSM
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences

Patientenverfügung | Kurzversion

Erstellt von

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Wohnort _____

Für den Fall, dass ich urteilsunfähig bin, möchte ich

☐ dass alle medizinisch indizierten Massnahmen (inklusive Reanimation) zur Behandlung der akuten Erkrankung und zur Wiedererlangung der Urteilsfähigkeit getroffen werden;

oder

☐ nicht reanimiert werden und es sollen keine intensivmedizinischen Massnahmen (insbesondere Beatmung) durchgeführt werden;

oder

☐ nicht reanimiert werden, bin mit einer Behandlung auf einer Intensivstation aber einverstanden.

Wenn sich nach initialer Stabilisierung meines Zustands zeigt, dass eine Wiedererlangung der Urteilsfähigkeit wenig wahrscheinlich und die Gefahr einer länger dauernden Pflegebedürftigkeit hoch ist, möchte ich, dass

☐ alle Massnahmen zur Lebenserhaltung weitergeführt werden, solange noch eine Hoffnung auf Wiedererlangung der Urteilsfähigkeit besteht;

☐ auf weitere lebenserhaltende Massnahmen verzichtet wird.

☐ Ich wünsche in jedem Fall die wirksame Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Angst, Unruhe, Atemnot und Übelkeit.

Ich habe nachfolgend genannte Vertretungsperson eingesetzt, welche ich ermächtige, meinen Willen gegenüber dem Behandlungsteam geltend zu machen. Diese Person ist über meinen Zustand zu informieren und in die Entscheidungsfindung einzubeziehen; sie kann meine Krankengeschichte einsehen und ich entbinde ihr gegenüber sämtliche Ärzte und Pflegefachpersonen von der Schweigepflicht.

Name, Vorname _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Telefon Privat _____ Geschäft _____ Mobile _____

E-Mail _____

Kann meine Vertretungsperson nicht kontaktiert werden oder kann sie aus anderen Gründen diese Aufgabe nicht wahrnehmen, so bestimme ich folgende Ersatzperson:

Name, Vorname _____

☐ Ich habe die Patientenverfügung mit meiner Vertretungsperson besprochen.

Name, Vorname der behandelnden Ärztin, des behandelnden Arztes _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Telefon Privat _____ Geschäft _____ Mobile _____

E-Mail _____

☐ Ich habe die Patientenverfügung mit der behandelnden Ärztin, dem behandelnden Arzt besprochen.

(Bitte wenden)

Organspende

☐ Ich möchte meine Organe spenden und gestatte die Entnahme jeglicher Organe, Gewebe und Zellen sowie die Durchführung der vorbereitenden medizinischen Massnahmen, die im Hinblick auf die Organspende notwendig sind. Ist dafür die Anwendung von Intensivmassnahmen erforderlich, gestatte ich dies.

☐ Ich gestatte nur die Entnahme von _____

☐ Ich möchte nicht Spenderin, Spender sein.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Hinweise: Bewahren Sie Ihre Patientenverfügung so auf, dass sie bei Bedarf gefunden wird. Sie können eine Kopie bei Ihrem behandelnden Arzt hinterlegen. Senden Sie die Patientenverfügung bitte **nicht** an die FMH oder die SAMW. Die SAMW-Richtlinien zur Patientenverfügung finden Sie unter *www.samw.ch/richtlinien* und weitere Informationen zum Thema Patientenverfügung unter *www.fmh.ch > Patientenverfügung.*