

Patientenverfügung / Werteerklärung Zentrum Passwang

Angelehnt an die Patientenverfügung der FMH, SAMW und DIALOG ETHIK (V5 v. 18.09.2020)

Erstellt von oder im Sinne von (als mutmasslicher Wille):

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Wohnort: _____

1. Diese Patientenverfügung ist in folgenden Situationen anwendbar

Ich erstelle diese Patientenverfügung für den Fall, dass ich krankheits- oder unfallbedingt nicht mehr fähig bin, meinen Willen zu äussern.

2. **Ich habe nachfolgend genannte Vertrauensperson eingesetzt**, welche ich ermächtige meinen Willen gegenüber dem Behandlungsteam geltend zu machen. Diese Person ist über meinen Gesundheitszustand zu informieren und ich entbinde sämtliche Ärzte und Pflegefachpersonen ihr gegenüber von der Schweigepflicht.

Name, Vorname: _____

Adresse: _____ Tel.Nr. _____

ich habe die Vertrauensperson über die Patientenverfügung informiert

Unerwünschte Personen

Ich will, dass folgende Personen mich weder besuchen noch Informationen über meinen Zustand erhalten oder auf irgendeine Weise Einfluss nehmen können:

3. Therapieziele und medizinische Massnahmen:

3a) Unerwartetes akutes Ereignis (z.B. Schlaganfall, Herzinfarkt, etc.)

Als Folge eines akuten Ereignisses wie Schlaganfall, Herzinfarkt, Delir kann es zu einer Urteilsunfähigkeit kommen und / oder Wünsche können nicht mehr klar geäussert werden.

Wenn sich mein Zustand nach sorgfältiger, ärztlicher Beurteilung wahrscheinlich nicht bessern wird und die Urteilsfähigkeit eingeschränkt bleibt, wünsche ich lebensverlängernde Massnahmen, wie z.B. Spitaleinweisung mit intensiven Abklärungen, welche auf eine Intensiv-Behandlung abzielen ja nein

Ich wünsche eine Reanimation (cardiopulmonal) ja nein

3b) Palliative Betreuung: Schmerz- und Symptombehandlung

- Auch wenn auf lebensverlängernde Massnahmen verzichtet wird, wünsche ich in jedem Fall die wirksame Behandlung (sogenannte Palliativmedizin: Leiden lindern) von **Schmerzen** und anderen belastenden Symptomen wie **Angst, Unruhe, Atemnot, Übelkeit**. Dafür nehme ich auch eine allfällige therapiebedingte, vorübergehende Bewusstseinstrübung (Sedation) in Kauf.

Oder

- Wachheit und Kommunikationsfähigkeit sind für mich wichtiger als eine **maximale** Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen.

3c) Massnahmen bei Zustandsveränderung (z.B. Infektionen, Tumor, etc.)

- A) ich verzichte tendenziell „künstlich am Leben gehalten zu werden“ (auf alle diagnostischen und therapeutischen Massnahmen im Dienste der Lebensverlängerung z.B. Spitaleinweisung). Aussichtslos gewordene Massnahmen wie künstliche Ernährung (*Magensonde*), Beatmung, medikamentöse Kreislaufunterstützung, Antibiotika oder Nierenersatzverfahren werden abgesetzt oder sollte mit der Vertrauensperson besprochen werden, jedoch wird ein HWI behandelt, um Schmerzen zu lindern.
- B) Solange tendenziell eine reelle Möglichkeit auf eine Besserung des gesundheitlichen Zustandes in absehbarer Zukunft besteht, werden die aus Sicht des behandelnden Arztes entsprechenden medizinischen Massnahmen ausgeschöpft oder sollte mit der Vertrauensperson besprochen werden
- C) Sollen Angehörige bei aktueller Verschlechterung in der Nacht informiert werden:
 ja nein

4. Sterben in Würde: Persönliche Werthaltung

- Krankensalbung: _____
- Sterbebegleitung, Seelsorger: Name: _____
Adresse: _____ Telefon: _____
- Religiöse und spirituelle Weltanschauung: _____
- Rituale: _____

- Prägende Erfahrungen mit dem Tod: _____

- Musik zur Entspannung: wenn ja, welche? _____
- Düfte: _____
- **Was mir noch wichtig ist:** _____

5. Besondere Wünsche nach dem Tod

- Ich wünsche: Kremation Erdbestattung noch unklar
Bekleidung: Private Kleidung _____ Sterbehemd
Grab: konventionelles Grab Gemeinschaftsgrab
 eine andere Art der Bestattung: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Erneute Überprüfung, Datum : _____

Unterschrift: _____