

# BASLER PATIENTENVERFÜGUNG

Herausgegeben von: GGG Voluntas, Medizinische Gesellschaft Basel, Universitätsspital Basel



|  |  |
|--|--|
| Name, Vorname:                         |  |
| Geburtsdatum:                          |  |
| Aktuelle Adresse<br>Strasse, PLZ, Ort: |  |

## 1. Wie ich mein eigenes Leben und Sterben sehe

Die Patientenverfügung berührt viele Fragen des Menschseins: Wie sehe ich mein eigenes Leben und Sterben? Welche Erfahrungen von Krankheit und Abhängigkeit prägen mich? Was bedeutet für mich Lebensqualität? Persönliche Einstellungen und Werte in Bezug auf Gesundheit, Krankheit und Tod sind auch für medizinische Entscheide eine wertvolle Orientierung. Sie haben hier die Möglichkeit, dies schriftlich festzuhalten.

## 2. Situationen, für die diese Patientenverfügung gilt

bitte Zutreffendes mit „JA“, nicht Zutreffendes mit „NEIN“ kennzeichnen. Falls Sie sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht entscheiden können, wählen Sie W.N. (=Weiss nicht):

Diese Patientenverfügung gilt für folgende Situationen, in denen medizinische Entscheide anstehen und ich nicht fähig bin, meinen Willen zu äussern und zu bilden:

|  |   |
|--|---|
| 1. wenn ich mich im unmittelbaren Sterbeprozess befinde und es absehbar ist, dass der Tod eintritt   | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> / W.N. <input type="checkbox"/> |
| 2. wenn aufgrund einer schweren Krankheit oder Unfall mein Leben nur noch unter grossem Einsatz medizinischer und technischer Mittel aufrecht erhalten werden kann und keine Zeichen von Erholung oder Besserung bestehen  | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> / W.N. <input type="checkbox"/> |
| 3. wenn ich aufgrund einer unerwartet eintretenden schweren Hirnschädigung (z.B. Wachkoma) oder eines fortschreitenden, irreversiblen Hirnabbau-Prozesses (z.B. Alzheimer-Demenz) die Fähigkeit zur Kommunikation, Wahrnehmung und Empfindung schwer eingebüsst haben sollte | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> / W.N. <input type="checkbox"/> |
| 4. wenn bei einem geplanten Spitalaufenthalt, wie etwa im Rahmen einer Operation und / oder eines Aufenthalts auf der Intensivstation, schwere Komplikationen auftreten und Behandlungsentscheide nötig sind   | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> / W.N. <input type="checkbox"/> |
| 5. weitere Situationen, Bemerkungen z.B. bestehende Erkrankungen (hier aufführen)  |   |

## 3. Medizinische Massnahmen

### a. Behandlungsziel in den oben genannten Situationen

bitte Zutreffendes mit „JA“, nicht Zutreffendes mit „NEIN“ kennzeichnen:

|  |   |
|--|---|
| Ich wünsche, dass medizinische Massnahmen vorrangig der Erhaltung des Lebens dienen. Dies schliesst die Linderung des Leidens mit ein. Allfällige Belastungen, welche aus der Lebenserhaltung entstehen, nehme ich in Kauf. Ich möchte erst dann sterben, wenn medizinische Möglichkeiten ausgeschöpft sind. | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> / W.N. <input type="checkbox"/> |
|--|---|

ODER, FALLS „NEIN“:

Ich wünsche, dass medizinische Massnahmen vorrangig meinem Wohlbefinden und der Linderung des Leidens dienen. Die Behandlung krankheitsbedingter Symptome hat Vorrang. Mir ist klar, dass dadurch mein Leben verkürzt werden kann.

Ja  / Nein  / W.N.

Bemerkungen oder Ergänzungen:

|  |
|--|
|  |
|--|

## b. Einwilligung bzw. Ablehnung einzelner medizinischer Massnahmen

### 1. Behandlung von Schmerzen, Atemnot, Unruhe, Angst

Ich will eine Behandlung krankheitsbedingter Symptome (z.B. Schmerzen, Atemnot, Unruhe, Angst), die sich an den Prinzipien der palliativen (Leiden lindernden) Medizin orientiert.

Ja  / Nein  / W.N.

### 2. Künstliche Zufuhr von Flüssigkeit, Ernährung und Medikamenten

Bin ich nicht fähig, Nahrung, Flüssigkeit oder Medikamente auf natürlichem Wege aufzunehmen,

a. gestatte ich die künstliche Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit (Magensonde, Infusion)

Ja  / Nein  / W.N.

b. gestatte ich die chirurgische Einlage einer Ernährungssonde (PEG)

Ja  / Nein  / W.N.

Falls a. mit „Nein“ beantwortet wurde:

c. gestatte ich das Anlegen einer Venenkantile zur Gabe von Schmerzmitteln

Ja  / Nein  / W.N.

### 3. Reanimation

Im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes

a. Gestatte ich Versuche zur Wiederbelebung (Cardiopulmonale Reanimation)

Ja  / Nein  / W.N.

### 4. Weitere Massnahmen und Bemerkungen

|  |
|--|
|  |
|--|

## 4. Meine Vertrauensperson

Ich ermächtige die Vertrauensperson meinen Willen gegenüber dem behandelnden Team geltend zu machen. Ich entbinde die Ärzte und das ganze Team ihr gegenüber von der Schweigepflicht. Die Vertrauensperson ist so bald wie möglich zu informieren und in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen. Ist sie nicht verfügbar, muss die Ersatzperson kontaktiert werden.

|               | Vertrauensperson | Ersatz-Vertrauensperson |
|---------------|------------------|-------------------------|
| Name, Vorname |                  |                         |
| Adresse       |                  |                         |
| PLZ und Ort   |                  |                         |
| Telefon P     |                  |                         |
| Telefon G     |                  |                         |
| Telefon Mobil |                  |                         |

Bemerkungen:

|  |
|--|
|  |
|--|

## 5. Zusätzliche Angaben

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Gewünschter Pflege- und Sterbeort:    |  |
| Hinweise zur pflegerischen Betreuung: |  |
| Seelsorgerische Begleitung:           |  |

Nach dem Tod:

|   |   |
|---|---|
| -Einsicht in die Krankengeschichte durch die Vertrauensperson | Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/> |
| -Autopsie   | Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/> |
| -Organspende  | Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/> |

Bemerkungen:

|  |
|--|
|  |
|--|

**Mein Arzt / meine Ärztin:**

|  |   |
|--|---|
| Organisation   |   |
| Name, Vorname  |   |
| Adresse  |   |
| PLZ / Ort  |   |
| Telefonnummer  |   |
| Fax / Mobil  |   |
| Ist er / sie im Besitz dieser Patientenverfügung?                      | Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/> |
| Ist er / sie bei einer allfälligen Hospitalisation zu benachrichtigen? | Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/> |

**6. Hinterlegungsstelle und weitere Verfügungen**

(Zutreffendes ankreuzen und bzw. Angaben ergänzen)

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Anderer Hinterlegungsort:<br>(Adresse, Tel., ggf. Kontaktperson eintragen) |
|                       |  |

weitere persönliche Verfügungen:

|   |   |
|---|---|
| Vollmacht<br>Hinterlegungsort:                                | Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/> |
| Gesetzliche Vertretung / Vorsorgeauftrag<br>Hinterlegungsort: | Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/> |
| Bestattungsverfügung<br>Hinterlegungsort:                     | Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/> |

**7. Handschriftliche Unterzeichnung**

|                |               |
|----------------|---------------|
| Ort und Datum: | Unterschrift: |
|                |               |

