

# Patientenverfügung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Bei vollem geistigem Bewusstsein gebe ich nachstehend meinen Willen bekannt, falls ich wegen Krankheit, Unfall, Bewusstlosigkeit nicht mehr urteils- und entscheidungsfähig bin.

Bei irreversibler Bewusstlosigkeit, bei wahrscheinlicher, schwerer Dauerschädigung des Gehirns oder des andauernden Ausfalls lebenswichtiger Körperfunktionen, sowie bei aussichtsloser Prognose hinsichtlich meiner Krankheit wünsche ich:

- Wiederbelebende Massnahmen nach einem Herz-Kreislauf- oder Atemstillstand (Reanimation).  Ja  Nein
- Verlegung auf die Intensivstation, maschinelle Beatmung.  Ja  Nein
- Die medizinische Betreuung soll meine Schmerzen & Beschwerden bestmöglich lindern, auch wenn sich mein Leben dadurch verkürzen sollte.  Ja  Nein
- Die Schmerzlinderung darf auch zu einer Bewusstseins-Einschränkung führen.  Ja  Nein
- Sofern ich in einem solchen Zustand dauerhaft nicht mehr trinken kann, bitte ich das Pflegeteam und die Ärzte mit geeigneten Massnahmen meine Schleimhäute zu befeuchten. Nur falls trotz dieser Massnahmen der Eindruck entsteht ich leide Durst, soll der Flüssigkeitsersatz durch Infusionen oder Sonden diskutiert werden.  Ja  Nein
- Sollte ich eine Hirn- oder andere schwere Organ-Schädigung erleiden, durch die meine normalen geistigen Funktionen irreparabel geschädigt bleiben, wünsche ich die Einstellung jeder Therapie wie Sonden-Ernährung & Infusionen, wie Blutwäsche bei Nierenversagen.  Ja  Nein
- Für den Fall des Todes in einem Spital bin ich mit der Obduktion meines Körpers und der Organentnahme einverstanden.  Ja  Nein

Im Falle meiner Urteilsunfähigkeit betreffend meine körperliche und geistige Gesundheit, bevollmächtige ich hiermit nachstehende **Bezugspersonen** (ZGB Art. 370-373)

- Auskünfte über mich beim Arzt einzuholen,
- die Zustimmung zur Spitaleinweisung und/oder zu medizinischen Massnahmen, Eingriffen zu erteilen oder zu verweigern.

Name:    Vorname:    Unterschrift:  
Adresse:       Tel:

Name:    Vorname:    Unterschrift:  
Adresse:       Tel:

Name:    Vorname:    Unterschrift:  
Adresse:       Tel:

Name:    Vorname:    Unterschrift:  
Adresse:       Tel:

Mit dieser Patientenverfügung entbinde ich alle Ärzte & Pflegeteams gegenüber den vorgenannten **Bezugspersonen** & gegenüber meiner HausärztIn vom Arzt- und Berufsgeheimnis. Diese Personen sollen bei Verschlechterung meines Gesundheitszustandes unverzüglich informiert werden.

Mit meiner HausärztIn, habe ich diese Patientenverfügung ausführlich besprochen. Bei einer Erkrankung, die zum Tode führen könnte, habe ich die Möglichkeit mit meiner ÄrztIn einen Betreuungsplan zu besprechen, der spezifisch auf die Probleme dieser Erkrankung eingeht.

Datum:    Stempel & Unterschrift HausärztIn/Hausarzt

Mit ihrer obenstehenden Unterschrift bestätigen die Bezugspersonen und die HausärztIn, dass sie von meiner Patientenverfügung Kenntnis genommen haben und dass ich diesen letzten Willen in absoluter geistiger Frische und Unabhängigkeit unterschrieben habe.

Zürich, den    **Unterschrift:**

Diese Patientenverfügung wurde durch mich erneuert:

Datum:    Unterschrift:

Datum:    Unterschrift:

Datum:    Unterschrift:

Das Original der Patientenverfügung wird von mir aufbewahrt. Die bevollmächtigten Personen und die HausärztIn erhielten eine Kopie. Hinweis im Portemonnaie!

Der Text dieser Patientenverfügung wurde 2013 dem neuen Erwachsenenschutzrecht angepasst & beruht neben verschiedenen Vorlagen auf der langjährigen Erfahrung in Altersmedizin & Palliativ-Medizin der Praxis im Brühl, Dres. med. H. Grossmann, E. Jakob, L. v. Rechenberg    Mai 2000 & Januar 2009, Juli 2013