



Patientenverfügung

Bestimmungen für medizinische Behandlung und Pflege

Ihre Patientenverfügung soll in den Situationen angewendet werden, in denen Sie urteilsunfähig sind und medizinische Behandlungsentscheidungen getroffen werden müssen. Das heisst, bei Ereignissen wie zum Beispiel Herzinfarkt, Schlaganfall, Unfall, oder bei chronisch verlaufenden Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium. Jede urteilsfähige Person kann eine Patientenverfügung verfassen und damit festlegen, welchen medizinischen Massnahmen sie im Falle ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt.

In einer von Ihnen geschriebenen und beigelegten Werteerklärung können Sie Ihre eigenen Werte und Überzeugungen zu elementaren Lebensfragen festhalten. Die Werteerklärung enthält Ihre persönliche Auseinandersetzung mit Vorstellungen zu Lebensqualität, Abhängigkeit, Sterben und Tod. Die Werteerklärung dient als Handlungsrichtlinie für Situationen, die eine Patientenverfügung nicht explizit erwähnt. Dies hilft dem medizinischen Personal, Ihren mutmasslichen Willen zu bestimmen.

Stellen Sie sicher, dass die Patientenverfügung im Bedarfsfall gefunden wird. Wichtig ist, dass jene Personen davon Kenntnis haben, an die sich das Behandlungsteam im Falle Ihrer Urteilsunfähigkeit voraussichtlich wenden wird.

Übergeben Sie Ihrer Vertretungsperson und eventuell Ihrem behandelnden Arzt eine Kopie der Patientenverfügung. Machen Sie mit der Hinweiskarte (Seite 15 & 16) in Ihrem Portemonnaie einen Vermerk auf den Aufbewahrungsort Ihrer Patientenverfügung und die Adresse der Vertretungsperson.

Eine Patientenverfügung können Sie jederzeit abändern oder widerrufen. Es empfiehlt sich, die Patientenverfügung rund alle zwei Jahre zu erneuern bzw. zu aktualisieren.

Ein Beratungsgespräch kann eine hilfreiche Unterstützung beim Verfassen der Patientenverfügung sein und ist deshalb zu empfehlen. Das Beratungsteam der Pro Senectute steht Ihnen bei Fragen oder Unsicherheiten gerne zur Verfügung.

Patientenverfügung

Ich erstelle diese Patientenverfügung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, also im Zustand der Urteilsfähigkeit und nach reiflicher Überlegung für den Fall, dass ich krankheits- oder unfallbedingt nicht mehr fähig bin, meinen Willen zu äussern.

Meine persönlichen Angaben

Name/Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Meine in diesem Dokument geäusserten Willensbekundungen und Anordnungen sind verbindlich und sollen in allen Situationen angewendet werden, in denen ich aufgrund Urteilsunfähigkeit meinen eigenen Willen nicht mehr äussern kann und medizinische Behandlungsentscheide getroffen werden müssen.

1. Vertretung in medizinischen Angelegenheiten

- Ich habe bewusst keine Vertretung in medizinischen Angelegenheiten bestimmt.
- Nachfolgende Person wird von mir bevollmächtigt, meinen Willen in medizinischen Angelegenheiten zu vertreten, falls trotz der Patientenverfügung Unklarheiten bestehen und Entscheide getroffen werden müssen:

Name/Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Beziehungsstatus:

Falls oben genannte Person mich nicht vertreten kann oder es ablehnt, wird nachfolgende Person im gleichen Umfang bevollmächtigt:

Name/Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Beziehungsstatus:

- Ich wünsche, dass genannte Personen sobald als möglich verständigt werden, falls ich krankheits- oder unfallbedingt nicht mehr fähig bin, meinen Willen zu äussern.
- Ich entbinde alle beteiligten Ärzte und Ärztinnen sowie deren Mitarbeitende und das übrige Gesundheitspersonal vom Arzt- und Berufsgeheimnis, damit die oben genannten Personen umfassend informiert werden können. Dies soll auch über meinen Tod hinaus gelten.

2. Gültigkeitsbereich / Zugelassenen Massnahmen

2.1 Es bestehen keine Heilungsaussichten

- Ich will mit dieser Patientenverfügung erreichen, dass alle medizinischen Möglichkeiten zur Erhaltung meines Lebens ausgeschöpft werden und mein Leiden bestmöglich gelindert wird. Ich nehme dabei in Kauf, dass die von mir gewünschte Lebenserhaltung mit Belastungen verbunden sein kann.

oder

- Ich will meine Lebenszeit nicht um jeden Preis verlängern. Ich lasse diagnostische und therapeutische Massnahmen nur zu, wenn sie der Schmerzlinderung und Zustandsverbesserung ohne Heilabsicht dienen und lehne rein der Lebensverlängerung dienende Massnahmen (auch die Reanimation) ab. Ich nehme damit in Kauf, dass durch den Verzicht auf bestimmte medizinische Behandlungen, mein Leben verkürzt werden kann.

2.2 Es besteht die Möglichkeit auf Besserung

- Das behandelnde Team soll alle angemessenen medizinischen Massnahmen ausschöpfen, solange die Möglichkeit auf eine Besserung meines gesundheitlichen Zustandes in absehbarer Zeit besteht. Dazu gehört auch eine Reanimation (medikamentös und/oder elektrisch und/oder mechanisch). Dabei nehme damit ich in Kauf, dass die von mir gewünschte Lebenserhaltung mit Belastungen verbunden sein kann.

oder

- Selbst wenn die Möglichkeit auf Besserung besteht, lasse ich diagnostische und therapeutische Massnahmen nur zu, wenn sie der Schmerzlinderung und Zustandsverbesserung ohne Heilabsicht dienen und lehne rein der Lebensverlängerung dienende Massnahmen (auch die Reanimation) ab. Ich nehme in Kauf, dass durch den Verzicht auf bestimmte medizinische Behandlungen, mein Leben verkürzt werden kann.

2.3 Schmerzlinderung und Symptombehandlung

- Ich möchte, dass Schmerz- und Beruhigungsmittel in jedem Fall wirksam dosiert werden. Dabei nehme ich auch eine allfällige Beeinträchtigung des Bewusstseins oder eine Verkürzung des Lebens in Kauf.

oder

- Ich möchte, dass Schmerz- und Beruhigungsmittel nur soweit eingesetzt werden, dass mein Zustand gerade noch erträglich ist. Dadurch eventuell gewonnene vor- übergehende Perioden mit klarem Bewusstsein sind mir wichtig.

Bemerkungen:

2.4 Künstliche Ernährung

Ich gestatte die dauerhafte künstliche Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung (mittels Magensonde, Infusion, chirurgischer Einlage einer Ernährungssonde).

ja nein falls nein:

Ich gestatte eine künstliche Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung vorübergehend, das heisst, wenn zu erwarten ist, dass dadurch mein Leiden gelindert wird oder dass ich später Flüssigkeit und Nahrung wieder auf normalem Weg zu mir nehmen kann.

ja nein

Bemerkungen:

2.5 Reanimation

Im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes möchte ich:

reanimiert werden nicht reanimiert werden

Bemerkungen:

2.6 Einweisung in eine Institution

Ich möchte, soweit es meine Angehörigen und Freunde als zumutbar empfinden, möglichst zuhause sterben und nicht in einer Institution (Spital, Alters- und Pflegeheim oder Ähnliches).

oder

Mir ist eine professionelle Pflege und Betreuung wichtig, ich will in eine Institution (Spital, Alters- und Pflegeheim oder Ähnliches) gebracht werden.

Bemerkungen:

3. So möchte ich sterben

3.1 Sterbebegleitung

Falls ich nicht plötzlich und unverhofft sterbe, sondern Zeit habe, mich zu verabschieden, möchte ich durch folgende mir nahestehende Person begleitet werden:

Name/Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ich wünsche eine religiöse Begleitung beim Sterben.

Meine Konfession ist: _____

Ich wünsche keine religiöse Begleitung beim Sterben.

4. Verfügung über meinen Körper

4.1 Entnahme von Organen, Geweben und Zellen zum Zweck der Transplantation

Ich will keine Organe spenden.

Mir dürfen uneingeschränkt Organe entnommen werden.

Ich gestatte nur die Entnahme von nachfolgend genannten Organen:

Herz Haut Augenhornhaut (Cornea)

Lungen Nieren Bauchspeicheldrüse (Pankreas)

Leber Dünndarm Übriges Gewebe und Zellen

4.2 Obduktion/Autopsie

Ich gestatte keine Obduktion/Autopsie meines Körpers.

Ich gestatte eine Obduktion/Autopsie meines Körpers.

Ich stelle meinen Körper nicht für die medizinische Forschung und Lehre zur Verfügung.

Ich stelle meinen Körper für die medizinische Forschung und Lehre zur Verfügung. Dafür muss ich zwingend mit einem anatomischen Institut Kontakt aufnehmen und mich anmelden. Eine ordentliche Beerdigung kann sich dadurch bis zu fünf Jahre nach meinem Versterben hinauszögern.

5. Verwaltung meiner Patientenverfügung

Kopien dieser Verfügung habe ich folgenden Personen/Institutionen übergeben:

Name/Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Beziehungsstatus: _____

Name/Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Beziehungsstatus: _____

Name/Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Beziehungsstatus: _____

6. Unterschrift / Aktualisierung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, diese Patientenverfügung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, also im Zustand der Urteilsfähigkeit erstellt zu haben.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

6.1 Aktualisierung

Aus Gründen der Rechtsverbindlichkeit ist es wichtig, dass die Patientenverfügung periodisch aktualisiert wird. Es wird empfohlen, diese Patientenverfügung regelmässig (ca. alle zwei Jahre) neu zu datieren und zu unterschreiben.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Hinweiskarte

Die Hinweiskarte dient dazu, dass Ihre Patientenverfügung in einem Notfall möglichst schnell gefunden werden kann und so Ihre Wünsche umgesetzt werden.



Füllen Sie

die Hinweiskarte gemäss Angaben handschriftlich aus.



Schneiden Sie

die Karte aus und falten Sie diese zusammen.



Legen Sie

die Karte in Ihr Portemonnaie.

**PRO
SENECTUTE**

Patientenverfügung

Angaben zur Vertretungsperson oder zum behandelnden Arzt

Name/Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

**PRO
SENECTUTE**

Patientenverfügung

Angaben zur Vertretungsperson oder zum behandelnden Arzt

Name/Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Ich besitze eine Patientenverfügung

Name/Vorname: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____
Geburtsdatum: _____
Datum: _____
Unterschrift: _____

Meine Patientenverfügung ist hinterlegt

- bei meiner Vertretungsperson*
 bei meinem behandelnden Arzt*

 zuhause, wo:
 anderswo:

* Angaben siehe Rückseite

Ich besitze eine Patientenverfügung

Name/Vorname: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____
Geburtsdatum: _____
Datum: _____
Unterschrift: _____

Meine Patientenverfügung ist hinterlegt

- bei meiner Vertretungsperson*
 bei meinem behandelnden Arzt*

 zuhause, wo:
 anderswo:

* Angaben siehe Rückseite

Tipps und Informationen

Diese Broschüren können kostenlos (bis 10 Exemplare) unter folgender Adresse bezogen werden:

Pro Senectute Kanton Bern
Geschäftsstelle
Worbentalstrasse 32
3063 Ittigen

Telefon 031 359 03 03
info@be.prosenectute.ch

Weitere Broschüren

Ebenfalls bei Pro Senectute Kanton Bern sind die Broschüren «**Anordnungen für den Todesfall**» und «**Wissenswertes zum Testament**» erhältlich.

Darin können Sie die wichtigsten Informationen für Angehörige und Vertrauenspersonen aufschreiben oder erhalten Tipps, wie Sie ihr ganz persönliches, eigenhändig geschriebenes Testament abfassen können und was Sie dabei zu beachten haben.

Sozialberatung

Die Sozialberatung von Pro Senectute bietet kostenlose und vertrauliche Beratungen zu diesen Themen an.



**Wenden Sie sich an die Beratungsstelle
in Ihrer Region.**

Kontaktieren Sie uns, wir beraten Sie gerne!
Sie finden die entsprechenden Angaben auf der Rückseite.

Beratungsstelle Liebefeld

Hildegardstrasse 18
3097 Liebefeld
Telefon 031 359 03 03

Beratungsstelle Bern

Berner Generationenhaus
Bahnhofplatz 2, 3011 Bern
Telefon 031 359 03 03

Beratungsstelle Thun

Malerweg 2, Postfach 152
3602 Thun
Telefon 033 226 60 60

Beratungsstelle Interlaken

Strandbadstrasse 3
3800 Interlaken
Telefon 033 226 60 60

Beratungsstelle Biel

Zentralstrasse 40, Postfach 940
2501 Biel/Bienne
Telefon 032 328 31 11

Beratungsstelle Lyss

Steinweg 26, Postfach 171
3250 Lyss
Telefon 032 328 31 11

Beratungsstelle Burgdorf

Lyssachstrasse 17
3400 Burgdorf
Telefon 034 420 16 50

Beratungsstelle Konolfingen

Chisenmattweg 32, Postfach 108
3510 Konolfingen
Telefon 031 790 00 10

Beratungsstelle Langenthal

Bützbergstrasse 19
4900 Langenthal
Telefon 062 916 80 90

Pro Senectute Kanton Bern

Telefon 031 359 03 03
info@be.prosenectute.ch
be.prosenectute.ch

Spendenkonto

CH98 0900 0000 3000 0890 6

