



Patientenverfügung



Bei uns sind Sie in besten Händen

Meine Patientenverfügung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Aktuelle Adresse:

(Strasse, PLZ, Ort)

Im vollen Besitz meiner geistigen Kräfte, also im Zustand der Urteilsfähigkeit, und nach reiflicher Überlegung verfasse ich vorliegende Anordnungen. Sie gelten für Situationen, in denen ich krankheits- oder unfallbedingt nicht mehr fähig bin, meinen Willen zu äussern.

Meine Vertretungspersonen

Ich ermächtige die hier aufgeführten Personen, meinen in vorliegender Patientenverfügung enthaltenen persönlichen Willen gegenüber den Ärzten/Ärztinnen und dem gesamten behandelnden Team geltend zu machen und durchzusetzen. Ich entbinde hiermit die Ärzte/Ärztinnen und das gesamte behandelnde Team von der Schweigepflicht gegenüber diesen Personen. Die erste Vertretungsperson ist so bald als möglich zu informieren und in die Entscheidungsfindung miteinzubeziehen. Ist sie nicht verfügbar, ist die zweite Vertretungsperson zu kontaktieren.

1. Vertretungsperson

Name, Vorname: _____

Strasse, PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____ geschäftlich: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

2. Vertretungsperson

Name, Vorname: _____

Strasse, PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____ geschäftlich: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Ich möchte, dass folgende Personen mich weder aufsuchen noch in die Entscheidung miteinbezogen werden:

Mein Gesundheitszustand

Meine Werteerklärung

Persönliche Einstellungen, Werte, Wünsche und Ängste in Bezug auf Gesundheit, Krankheit und Tod sind für das Behandlungsteam eine wertvolle Orientierung. Sie haben hier die Möglichkeit, schriftlich festzuhalten, was Ihnen im Leben wichtig ist, vom Körperlichen, vom Seelischen her. Was bedeutet für Sie Lebensqualität? Welche Erfahrungen aus dem persönlichen Umfeld mit Krankheit, Hilfsbedürftigkeit, Sterben und Tod sind für Sie prägend?



Lined area for writing with horizontal lines.

Medizinische Massnahmen

Bitte Zutreffendes mit «ja», nicht Zutreffendes mit «nein» kennzeichnen. Falls Sie sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht entscheiden können, wählen Sie «weiss nicht»:

Behandlungsziel

Ich wünsche, dass medizinische Massnahmen vorrangig der Erhaltung des Lebens dienen. Dies schliesst die Linderung des Leidens mit ein. Allfällige Beschwerden, welche aus der lebenserhaltenden Behandlung entstehen, nehme ich in Kauf. Ich möchte erst dann sterben, wenn alle medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft sind.

ja nein weiss nicht

ODER, FALLS «nein»:

Ich wünsche, dass medizinische Massnahmen vorrangig meinem Wohlbefinden und der Linderung des Leidens dienen. Die Behandlung krankheitsbedingter Symptome (z. B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst) hat Vorrang. Mir ist klar, dass dadurch mein Leben verkürzt werden kann.

ja nein weiss nicht

Bemerkungen:

Einwilligung bzw. Ablehnung einzelner medizinischer Massnahmen

1. Reanimation

Im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes gestatte ich die Durchführung von Wiederbelebungsversuchen (Cardiopulmonale Reanimation wie Herzmassage, Defibrillation, Intubation, Beatmung).

ja nein weiss nicht

2. Behandlung von Schmerzen, Atemnot, Unruhe, Angst, Übelkeit

Ich will eine Behandlung krankheitsbedingter Symptome, die sich an den Prinzipien der palliativen (Leiden lindernden) Medizin orientiert.

ja nein weiss nicht

3. Zufuhr von Flüssigkeit, Nahrung und Medikamenten

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

a. gestatte ich die künstliche Zufuhr von Nahrung, Flüssigkeit und Medikamenten.

ja

nein

weiss nicht

b. gestatte ich die Einlage einer Ernährungssonde.

ja

nein

weiss nicht

4. Weitere Massnahmen, Bemerkungen:

Mein Arzt/meine Ärztin

Name, Vorname:

Strasse, PLZ, Ort:

Telefon geschäftlich:

Handy:

E-Mail:

Eigene Wünsche und Bedürfnisse

Am Lebensende

Pflege-/Sterbeort: _____

Pflegerische Betreuung: _____

Seelsorgerische oder spirituelle Begleitung und Ritual: _____

Bemerkungen oder Ergänzungen: _____

Nach dem Tod

Einsichtnahme in die Krankengeschichte durch die Vertretungspersonen: ja nein

Autopsie: ja nein

Organspende: ja nein

Falls mit «ja» beantwortet:

Welche Organe?

(Herz, Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse, Niere, Hornhaut, Herzklappe, ...):

Bemerkungen (z. B. Art der Bestattung):

Hinterlegung

Eine Kopie meiner Patientenverfügung befindet sich
in der Krankengeschichte des Kantonsspitals Graubünden:

bei meiner ersten Vertretungsperson:

ja nein

bei meiner zweiten Vertretungsperson:

ja nein

bei meinem Arzt/meiner Ärztin:

ja nein

bei meinen amtlichen Unterlagen zu Hause:

ja nein

ja nein

Anderer Hinterlegungsort:

Weitere persönliche Verfügungen

Vollmacht:

ja nein

Hinterlegungsort:

Vorsorgeauftrag:

ja nein

Hinterlegungsort:

Bestattungsverfügung:

ja nein

Hinterlegungsort:

Weitere wichtige Dokumente mit Hinterlegungsort:

Beratungsgespräch

Ein Beratungsgespräch hat stattgefunden:

ja

nein

Ort, Datum:

Beratende Person:

(Name, Vorname, Adresse, Telefon)

Handschriftliche Unterzeichnung

Ort, Datum:

Unterschrift:

Aktualisierung

Wir empfehlen Ihnen, Ihre Patientenverfügung regelmässig oder wenn sich Ihre Lebensumstände oder Ihre gesundheitliche Situation ändert, zu überprüfen und allenfalls anzupassen, neu zu datieren und zu unterschreiben:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Persönlicher Trägerschein

Wir empfehlen Ihnen, den Trägerschein stets bei sich zu tragen.

Patientenverfügungsausweis für:

Name, Vorname: _____

Strasse, PLZ, Ort: _____

Ich habe eine Patientenverfügung hinterlegt bei:

Name, Vorname: _____

Strasse, PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Kantonsspital Graubünden ja nein

Loëstrasse 170, 7000 Chur

+41 (0)81 256 61 11

Meine Vertretungspersonen:

Name, Vorname: _____

Strasse, PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Name, Vorname: _____

Strasse, PLZ, Ort: _____

Telefon: _____



Kantonsspital Graubünden

Loëstrasse 170

7000 Chur

Tel. +41 (0)81 256 61 11

pv@ksgr.ch

www.ksgr.ch