

Basler Patientenverfügung

Herausgeber: Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER | GGG Voluntas | Medizinische Gesellschaft Basel | Universitätsspital Basel



Name, Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Aktuelle Adresse	
Strasse Nr.	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>

Im Besitz meiner geistigen Kräfte verfüge ich für den Fall der Urteilsunfähigkeit Folgendes:

1. Motivation

Was bewegt mich, eine Patientenverfügung zu verfassen? Gibt es einen konkreten Anlass?

2. Gedanken zu meinem Leben und Sterben

Die Patientenverfügung berührt viele Fragen des Menschseins: Wie sehe ich mein eigenes Leben und Sterben? An welchen Krankheiten leide ich? 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 für medizinische Entscheide eine wertvolle Orientierung.

3. 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 «k.A.» (= keine Angabe).

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

Ja Nein k.A.*

1) Wenn ich mich im unmittelbaren Sterbeprozess befinde und es absehbar ist, dass der Tod eintritt.

2) Wenn aufgrund einer schweren Krankheit oder eines Unfalls mein Leben nur noch unter grossem Einsatz medizinischer und technischer Mittel aufrechterhalten werden kann und keine Zeichen von Erholung oder Besserung bestehen.

3) Wenn ich aufgrund einer unerwartet eintretenden schweren Hirnschädigung (z.B. wegen Hirnblutung, Hirnschlag oder Unfall) oder eines fortschreitenden, irreversiblen Hirnabbau-Prozesses (z.B. Alzheimer-Demenz) die Fähigkeit zur Kommunikation und Wahrnehmung schwer eingebüsst haben sollte.

4) Wenn unabhängig von den Situationen 1, 2 oder 3 bei einem Spitalaufenthalt Behandlungsentscheide nötig sind wie zum Beispiel bei schweren Komplikationen.

5) Weitere Situationen, Bemerkungen:

4. Allgemeine Zielsetzung medizinischer Massnahmen

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

a)

oder b)

Ich bestimme, dass medizinische Massnahmen vorrangig der Erhaltung des Lebens dienen. Allfällige Belastungen, welche aus der Lebenserhaltung entstehen, nehme ich in Kauf. Ich möchte erst dann sterben, wenn medizinische Möglichkeiten ausgeschöpft sind.

Ich bestimme, dass medizinische Massnahmen vorrangig meinem Wohlbefinden und der Linderung des Leidens dienen. Die Behandlung von Symptomen (wie beispielsweise Schmerzen, Atemnot, Unruhe und Angst) hat Vorrang. Mir ist klar, dass dadurch mein Leben verkürzt werden kann.

Bemerkungen oder Ergänzungen:

* Falls Sie bei den mit einem Stern bezeichneten Aussagen keine Angaben machen, entscheidet die Vertrauensperson nach Ihrem mutmasslichen Willen. Haben Sie keine Vertrauensperson bezeichnet, regelt das Gesetz, welche Ihnen nahestehende Person für Sie entscheidet.

5. Spezielle medizinische Massnahmen

1. Künstliche Zufuhr von Flüssigkeit oder Ernährung

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

Ja Nein k.A.*

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

b) Falls ich unter a) mit «Nein» geantwortet habe:
gestatte ich die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit, sofern sie ausschliesslich der Linderung von Symptomen dient.

2. Weitere Massnahmen und Bemerkungen

6. Reanimation

Im Falle eines Herz-Kreislauf- oder Atem-Stillstandes:

Ja Nein k.A.*

gestatte ich Versuche zur Wiederbelebung (kardio-pulmonale Reanimation).

Bemerkungen:

* Falls Sie bei den mit einem Stern bezeichneten Aussagen keine Angaben machen, entscheidet die Vertrauensperson nach Ihrem mutmasslichen Willen. Haben Sie keine Vertrauensperson bezeichnet, regelt das Gesetz, welche Ihnen nahestehende Person für Sie entscheidet.

7. 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. Sie ist berechtigt, zu medizinischen Massnahmen Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern. Ist sie nicht verfügbar, muss die Ersatzperson kontaktiert werden.

	Vertrauensperson	Ersatz-Vertrauensperson
Name, Vorname		
Strasse Nr.		
PLZ Ort		
Telefon P		
Telefon G		
Telefon Mobil		

Bemerkungen:

8. Zusätzliche Angaben

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

Ja Nein

Einsicht in die Krankengeschichte durch die Vertrauensperson, auch nach meinem Tod

Autopsie

Organspende

Bemerkungen:

Mein Arzt / meine Ärztin

Organisation	
Name, Vorname	
Strasse Nr.	
PLZ Ort	
Telefonnummer	
Fax / Mobil	

Ja Nein

Ist er / sie im Besitz dieser Patientenverfügung?

Ist er / sie bei einer allfälligen Hospitalisation zu benachrichtigen?

9. Hinterlegungsstelle und weitere Verfügungen

Zutreffendes ankreuzen bzw. Angaben ergänzen:

Medizinische Notrufzentrale Basel
Tel. +41 61 261 15 15

Anderer Hinterlegungsort:
(Adresse, Tel., ggf. Kontaktperson eintragen)

--

Weitere persönliche Verfügungen:

Ja Nein

Bestattungsverfügung:

Hinterlegungsort:

--

Bemerkungen:

--

10. Handschriftliche Unterzeichnung

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