

lifecircle | Patientenverfügung & ergänzende Werteerklärung

## Patientenverfügung von

Anrede (Frau / Herr) \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich, dass ich im Besitz meiner vollen Urteilsfähigkeit bin und nach reiflicher Überlegung folgendes entschieden habe:

Sollte ich durch Krankheit oder Unfall meine Urteilsfähigkeit verlieren **und besteht aus medizinischer Sicht keine Aussicht auf Wiedererlangen der Urteilsfähigkeit**, sind die unten aufgelisteten Punkte entsprechend meinem Recht auf Selbstbestimmung vollumfänglich zu respektieren:

**Bitte kreuzen Sie alle auf Sie zutreffenden Punkte an.**

### 1. Betreffend lebensverlängernden Massnahmen wünsche ich folgendes:

	Ja	Nein
Reanimation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verlegung auf eine Intensivstation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
künstliche Beatmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
künstliche Ernährung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einsatz von Antibiotika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einsatz von Chemotherapeutika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 2. Palliative Therapie zur Linderung von Schmerzen, Atemnot, und anderen Beschwerden:

- Ich wünsche den Einsatz jeder Art von Schmerzmitteln und von Beruhigungsmitteln in der Dosis, die mir die bestmögliche Lebensqualität garantiert.
- Ich nehme ausdrücklich in Kauf, dass durch den Einsatz hoher Dosen dieser Medikamente meine Lebenszeit verkürzt werden kann.



**3. Im Falle einer Demenzerkrankung gelten ausser dem oben Genannten:**

- Wenn ich Nahrung verweigere, darf ich nicht zur Nahrungsaufnahme wiederholt aufgefordert oder gar gezwungen werden.
- Sollte je die aktive Sterbehilfe in meinem Heimatland erlaubt werden, wünsche ich eine aktive Beendigung meines Lebens, wenn ich meine Verwandten und Freunde nicht mehr erkenne.

**Alle von mir angekreuzten Anordnungen gelten bis zu meinem Ableben.**

**Organspende nach meinem Tod:**

- ja
- nein

**Vorbehalt**

Diese Patientenverfügung tritt nur in Kraft, wenn ich mich nicht mehr selbst äussern kann. Ich kann diese jederzeit teilweise oder ganz widerrufen. Solange ich urteilsfähig bin, bestätige ich die Gültigkeit dieser Aussagen alle zwei Jahre durch die Erneuerung meiner Unterschrift.

**In Selbstverantwortung bestätige ich folgendes:**

Für Folgen durch die konsequente Einhaltung dieses meines Patientenwillen entbinde ich alle Personen, die mich in der Durchsetzung meiner Patientenverfügung unterstützen, insbesondere auch die mich versorgenden Ärzte, jeglicher Haftung. Wird meine Patientenverfügung nicht vollständig respektiert, ermächtige ich die untenstehenden Vertrauenspersonen, meine Interessen zu vertreten.

**Folgende Vertrauenspersonen haben Kenntnis meines Willens:**

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_



Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung (PV) unterzeichnet von:**

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

PV erneuert am (Datum) \_\_\_\_\_

PV erneuert am (Datum) \_\_\_\_\_

PV erneuert am (Datum) \_\_\_\_\_



**Persönliche Werteerklärung als Ergänzung zur Patientenverfügung**

**Werteerklärung von**

Anrede (Frau / Herr) \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

**Hier nenne ich meine Gründe für das Erstellen einer Patientenverfügung:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Die hier geschilderten Leiden und Zustände würden für mich mein Leben unerträglich machen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Hier zähle ich Dinge auf, die für mich besonders wichtig sind und mein Leben lebenswert machen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Wenn ich an einer unheilbaren Krankheit leide und pflegebedürftig bin, sind mir folgende Punkte wichtig:**

---

---

---

---

---

---

---

---



**Wenn mein Sterben absehbar ist, möchte ich, dass folgendes erfüllt wird:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Werteerklärung unterzeichnet von:**

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_