



Patientenverfügung

© Kantonsspital Graubünden, Februar 2015



Kantonsspital Graubünden
Loëstrasse 170
7000 Chur

Tel. +41 81 256 61 11
pv@ksgr.ch
www.ksgr.ch

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: _____

Die Vertretungsperson/en ist/sind informiert. Ja

Ich möchte, dass folgende Personen nicht in die Entscheidung miteinbezogen werden:

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 die medizinischen Möglichkeiten zur Erhaltung meines Lebens ausgeschöpft werden. Dies schliesst die Linderung des Leidens mit ein. Allfällige Beschwerden, welche aus der lebenserhaltenden Behandlung entstehen, nehme ich in Kauf.

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. Künstliche Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit

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

a: gestatte ich die *dauerhafte* künstliche Zufuhr von Nahrung (mittels Magensonde, Infusion, chirurgischer Einlage einer Ernährungssonde)

ja nein weiss nicht

ODER, FALLS «nein» unter a:

gestatte ich *vorübergehend* eine künstliche Zufuhr von Nahrung, d.h. wenn zu erwarten ist, dass dadurch mein Leiden gelindert wird oder dass ich später, allenfalls mit Unterstützung, Nahrung wieder auf normalem Weg zu mir nehmen kann.

ja nein weiss nicht

b: gestatte ich die *dauerhafte* künstliche Zufuhr von Flüssigkeit (mittels Magensonde, Infusion, chirurgischer Einlage einer Sonde)

ja nein weiss nicht

ODER, FALLS «nein» unter b:

gestatte ich *vorübergehend* eine künstliche Zufuhr von Flüssigkeit, d.h. wenn zu erwarten ist, dass dadurch mein Leiden gelindert wird oder dass ich später, allenfalls mit Unterstützung, Flüssigkeit wieder auf normalem Weg zu mir nehmen kann.

ja nein weiss nicht

4. Weitere Massnahmen, Bemerkungen:

Mein Arzt/meine Ärztin

Name, Vorname:

Strasse, PLZ, Ort:

Telefon geschäftlich:

Eigene Wünsche und Bedürfnisse

Am Lebensende

Pflegerische Betreuung: _____

Seelsorgerische oder spirituelle Begleitung und Ritual: _____

Bevorzugter Pflege-/Sterbeort: _____

Personen, von denen ich keinen Besuch wünsche: _____

Bemerkungen oder Ergänzungen: _____

Nach dem Tod

Einsichtnahme in die Krankengeschichte durch die Vertretungspersonen: ja nein

Auskunft aus der Krankengeschichte an Lebensversicherungen, welche Ihre Person betreffen: ja nein

Autopsie: ja nein

Organspende (inkl. vorbereitender Massnahmen): ja nein
Falls mit «ja» beantwortet, welche Organe:
 Herz, Lungen, Leber, Nieren, Dünndarm,
 Bauchspeicheldrüse (Pankreas)

Gewebespende (inkl. vorbereitende Massnahmen): ja nein
Falls mit «ja» beantwortet, welche Gewebe:
 Augenhornhaut (Cornea), Haut, weitere Gewebe und Zellen

Die Vertretungsperson/en soll/en über eine Entnahme von Organen und Gewebe entscheiden: ja nein

Bemerkungen (z. B. Art der Bestattung): _____

Hinterlegung

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

Anderer Hinterlegungsort: _____

Weitere persönliche Verfügungen

Vorsorgeauftrag: 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 Trägerausweis

Wir empfehlen Ihnen, den Trägerausweis 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: _____

