

# Patientenverfügung FMH

Kurzversion



# Inhaltsverzeichnis

Personalien, Vertretungsperson, behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt	3
I. Einstellungen zum Leben	4
II. Behandlungsziel und medizinische Massnahmen Situation 1: <b>Notfall</b> – plötzliche Urteilsunfähigkeit Situation 2: Schwere Krankheit – länger dauernde Urteilsunfähigkeit Situation 3: Bleibende Urteilsunfähigkeit	5
III. Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen	6
IV. Organspende	6
Hinweiskarte zum Ausfüllen	7



## Hinweise

### **Beratung**

Es wird dringend empfohlen, dass Sie sich bei der Erstellung der Patientenverfügung durch eine erfahrene Fachperson beraten lassen.

### **Aufbewahrung**

Bewahren Sie Ihre Patientenverfügung so auf, dass sie bei Bedarf gefunden wird. Sie können eine Kopie bei Ihrer behandelnden Ärztin/Ihrem behandelnden Arzt und Ihrer Vertretungsperson hinterlegen. Empfehlenswert ist eine Hinweiskarte auszufüllen und diese mit sich zu tragen. Sofern Sie über ein elektronisches Patientendossier (EPD) verfügen, können Sie dort eine Kopie der Patientenverfügung ablegen.

### **Aktualisierung der Patientenverfügung**

Sie können Ihre Patientenverfügung jederzeit ändern oder widerrufen. Es wird empfohlen, die Patientenverfügung alle zwei Jahre zu überprüfen, neu zu datieren und zu unterschreiben.

### **Weitere Informationen**

Eine Wegleitung zum Thema Patientenverfügung sowie eine Hinweiskarte finden Sie unter:  
[www.fmh.ch/patientenverfuegung](http://www.fmh.ch/patientenverfuegung)

## Patientenverfügung FMH – Kurzversion

### Personalien

Erstellt von:

Name	Vorname
Geburtsdatum	Nationalität
Adresse	PLZ/Ort

Ich erstelle diese Patientenverfügung für den Fall, dass ich durch Krankheit oder Unfall nicht urteilsfähig bin. Urteilsunfähigkeit bedeutet, dass ich meinen Willen zu medizinischen Massnahmen nicht mitteilen kann.

### Vertretungsperson in medizinischen Angelegenheiten



Wegleitung S. 3

Ich habe die folgende Person als meine Vertretung ernannt:

Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail
Mobiltelefon	Beziehungsverhältnis

Diese Person ermächtigt mich, meinen Willen gegenüber dem Behandlungsteam zu vertreten. Sie darf und muss über meinen medizinischen Zustand informiert werden. Wenn medizinische Entscheidungen getroffen werden, muss diese Person, sofern zeitlich vertretbar, in jedem Fall einbezogen werden. Sie darf ohne Einschränkung meine Krankengeschichte einsehen, sofern dies für den zu fällenden Entscheid nötig ist. Ihr gegenüber entbinde ich das Behandlungsteam von der Schweigepflicht.

Ich habe die Patientenverfügung mit meiner Vertretungsperson besprochen:

Ja   Nein

### Behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt

Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
(Mobil-)Telefon	E-Mail

Ich habe die Patientenverfügung mit meiner behandelnden Ärztin/meinem behandelnden Arzt besprochen:

Ja   Nein

## I. Einstellungen zum Leben

Die von Ihnen formulierten Aussagen helfen, Sie als Person kennenzulernen. An dieser Stelle können Sie zu folgenden Fragen Ihre Gedanken aufschreiben:

Warum erstellen Sie eine Patientenverfügung?

---

---

Wie würden Sie selbst aktuell Ihren Gesundheitszustand betrachten?

- Schlecht                       Deutlich eingeschränkt                       Altersentsprechend befriedigend
- Gut                               Ausgezeichnet

Wenn Sie an Ihre Gesundheit denken – was ist Ihnen wichtig?

---

---

Was macht Ihnen im Leben Freude?

---

---

Was bereitet Ihnen im Leben Sorgen, Ängste?

---

---

Was erwarten, wünschen und hoffen Sie für Ihre Zukunft?

---

---

Was möchten Sie in Ihrem Leben unbedingt noch erleben?

---

---

Was kommt Ihnen in den Sinn, wenn Sie sich vorstellen, schwer krank zu sein?

---

---

Was kommt Ihnen in den Sinn, wenn Sie sich vorstellen, bald zu sterben?

---

---

## II. Behandlungsziel und medizinische Massnahmen

Hier geht es um die Behandlung in einer Situation, in welcher Sie sich nicht mehr äussern können. Dies kann in **drei unterschiedlichen Situationen** vorkommen. Sie können nachfolgend für jede Situation ein **Behandlungsziel** wählen: Entweder **Lebensverlängerung oder Leidenslinderung**.



Wegleitung S. 5

### **Situation 1: Notfall – plötzliche Urteilsunfähigkeit**

Es handelt sich um eine Notfallsituation, in der Sie sich plötzlich nicht mehr äussern können. Der Ausgang ist ungewiss; grundsätzlich kann aber mit einer Erholung gerechnet werden (Beispiele: Kopfverletzung bei Verkehrsunfall; Herzstillstand bei Herzinfarkt).

**Ihre Antwort für Situation 1:** Sie können nur eine Variante ankreuzen, entweder **Variante 1.1** oder **1.2** für das Behandlungsziel Lebensverlängerung, oder **Variante 2** für das Behandlungsziel Leidenslinderung.

#### **Variante 1.1 Behandlungsziel Lebensverlängerung**

Ich will eine Reanimation und Behandlung auf der Intensivstation.

#### **Variante 1.2 Behandlungsziel Lebensverlängerung**

Ich will keine Reanimation, aber eine Behandlung auf der Intensivstation.

#### **Variante 2 Behandlungsziel der Leidenslinderung**

Ich will keine Reanimation und keine Behandlung auf der Intensivstation.

### **Situation 2: Schwere Krankheit – länger dauernde Urteilsunfähigkeit**

Sie können Tage bis Wochen keine Entscheide zu medizinischen Massnahmen treffen. Der Ausgang ist ungewiss; grundsätzlich kann aber mit einer Erholung gerechnet werden (Beispiele: längere Bewusstlosigkeit (Koma) infolge Unfall oder Krankheit).

**Ihre Antwort für Situation 2:** Sie können nur eine Variante ankreuzen, entweder **Variante 1.1** oder **1.2** für das Behandlungsziel Lebensverlängerung, oder **Variante 2** für das Behandlungsziel Leidenslinderung.

#### **Variante 1.1 Behandlungsziel Lebensverlängerung**

Ich will eine Reanimation und Behandlung auf der Intensivstation.

#### **Variante 1.2 Behandlungsziel Lebensverlängerung**

Ich will keine Reanimation, aber eine Behandlung auf der Intensivstation.

#### **Variante 2 Behandlungsziel der Leidenslinderung**

Ich will keine Reanimation und keine Behandlung auf der Intensivstation.

### **Situation 3: Bleibende Urteilsunfähigkeit**

Bedingt durch Krankheit oder Unfall können Sie sich mit grosser Wahrscheinlichkeit oder Sicherheit nie mehr zu medizinischen Massnahmen äussern (Beispiele: Folgezustand einer schweren Hirnverletzung ohne Möglichkeit einer sozialen Interaktion; fortgeschrittene Demenzerkrankung).

**Ihre Antwort für Situation 3:** Sie können nur eine Variante ankreuzen, entweder **Variante 1.1** oder **1.2** für das Behandlungsziel Lebensverlängerung, oder **Variante 2** für das Behandlungsziel Leidenslinderung.

#### **Variante 1.1 Behandlungsziel Lebensverlängerung**

Ich will eine Reanimation und Behandlung auf der Intensivstation.

#### **Variante 1.2 Behandlungsziel Lebensverlängerung**

Ich will keine Reanimation, aber eine Behandlung auf der Intensivstation.

#### **Variante 2 Behandlungsziel der Leidenslinderung**

Ich will keine Reanimation und keine Behandlung auf der Intensivstation.

### III. Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen

Wie möchten Sie bei Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Atemnot, Angst und Übelkeit behandelt werden?

Sie können entweder **Variante 1** oder **Variante 2** ankreuzen:

**Variante 1** Ich wünsche eine umfassende Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Atemnot, Angst und Übelkeit. Dafür nehme ich in Kauf, dass mein Bewusstsein möglicherweise getrübt wird. Auch kann unter Umständen meine verbleibende Lebenszeit kürzer sein.

**Variante 2** Wachheit und die Fähigkeit meine Mitmenschen wahrzunehmen sind für mich wichtiger als eine umfassende Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Atemnot, Angst und Übelkeit. Ich bin bereit, ein gewisses Mass an Symptomen zu ertragen, wenn ich dafür meine Mitmenschen wahrnehmen kann.

### IV. Organspende

Sie können einer Organspende zustimmen oder einer solchen Spende widersprechen. Wenn Sie sich entscheiden, Organe zu spenden, erklären Sie sich auch mit den vorbereitenden organerhaltenden Massnahmen einverstanden.



Wegleitung S. 6

Sie können nur eine der drei **Varianten 1, 2** oder **3** ankreuzen:

**Variante 1** Ich möchte meine Organe spenden. Jegliche Organe, Gewebe und Zellen können nach meinem Tod aus meinem Körper entnommen werden.

**Variante 2** Ich möchte alle meine Organe spenden ausser:

**Variante 3** Ich möchte meine Organe nicht spenden.



**Hinweis:** Setzen Sie an dieser Stelle ein Datum und Ihre Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift

**Aktualisierung:** Es wird empfohlen, die Patientenverfügung alle zwei Jahre zu überprüfen, neu zu datieren und zu unterschreiben.

Die Patientenverfügung entspricht immer noch meinem Willen. Dies bestätige ich mit meiner erneuten Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

## Hinweiskarte

Sie besitzen eine Patientenverfügung? Dann füllen Sie die Hinweiskarte aus und legen Sie diese in Ihr Portemonnaie. Es gibt zwei Möglichkeiten, die Hinweiskarte auszufüllen:

### Hinweiskarte **elektronisch** ausfüllen

- Klicken Sie unten in die hellblau hinterlegten Felder und ergänzen Sie die Karte mit Ihren Angaben. Bis auf die Unterschrift lassen sich alle Angaben elektronisch eingeben.
- Sie können zusätzlich für die Notfallsituation Ihr Behandlungsziel mit den entsprechenden medizinischen Massnahmen angeben. Die Notfallsituation entspricht der Situation 1 auf Seite 5 der Patientenverfügung.
- Speichern Sie das Dokument ab und drucken Sie es aus.
- Schneiden Sie die Karte aus, kleben und falten Sie diese zusammen.
- **Wichtig: Unterschreiben Sie die Karte.**
- Legen Sie die Karte in Ihr Portemonnaie.

### Hinweiskarte **handschriftlich** ausfüllen

- Drucken Sie das Dokument aus.
- Schneiden Sie die Karte aus, kleben und falten Sie diese zusammen.
- Ergänzen Sie die Karte auf den Aussenseiten mit Ihren Angaben.
- Sie können zusätzlich auf den Innenseiten für die Notfallsituation Ihr Behandlungsziel mit den entsprechenden medizinischen Massnahmen angeben. Die Notfallsituation entspricht der Situation 1 auf Seite 5 der Patientenverfügung.
- **Wichtig: Unterschreiben Sie die Karte.**
- Legen Sie die Karte in Ihr Portemonnaie.

### Aussenseiten

<p><b>Meine Patientenverfügung ist hinterlegt</b></p> <p><input type="checkbox"/> bei meiner Vertretungsperson*</p> <p><input type="checkbox"/> bei meinem behandelnden Arzt*</p> <p><input type="checkbox"/> zuhause, wo <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> anderswo <input type="text"/></p> <p>*Angaben zur Vertretungsperson oder zum behandelnden Arzt</p> <p>Name, Vorname <input type="text"/></p> <p>PLZ, Ort <input type="text"/></p> <p>Telefon <input type="text"/></p>	<p> Kurzversion</p> <p><b>Ich besitze eine Patientenverfügung</b></p> <p>Name, Vorname <input type="text"/></p> <p>PLZ, Ort <input type="text"/></p> <p>Geburtsdatum <input type="text"/></p> <p>Datum <input type="text"/></p> <p>Unterschrift <input type="text"/></p>
---	---

### Innenseiten

<p><b>Notfall – plötzliche Urteilsunfähigkeit</b></p> <p>Es handelt sich um eine Notfallsituation, in der Sie sich plötzlich nicht mehr äussern können. Sie können nur eine Variante ankreuzen:</p>	<p><b>Variante 1.1 Behandlungsziel Lebensverlängerung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich will eine Reanimation und Behandlung auf der Intensivstation.</p> <p><b>Variante 1.2 Behandlungsziel Lebensverlängerung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich will keine Reanimation, aber eine Behandlung auf der Intensivstation.</p> <p><b>Variante 2 Behandlungsziel der Leidenslinderung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich will keine Reanimation und keine Behandlung auf der Intensivstation.</p>
---	--