

# Patientenverfügung für die Therapie am Lebensende

Praxis Stammertal  
Hauptstrasse 2  
8477 Oberstammheim  
Tel. 052 / 745 13 00  
praxis-stammertal@hin.ch



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

*Diese Angaben sollen meine Behandlung leiten für den Fall, dass ich mich in einem Zustand befinde, in dem ich mich nicht mehr selber zu den genannten Fragen äussern kann:*

## Antibiotische Therapie im Fall einer vital bedrohenden Krankheit

- Ja
- Ja, aber nur für eine beschränkte Zeit, Abbruch wenn der Zustand kritisch ist und sich nicht rasch und eindeutig verbessert oder im Fall zusätzlicher Komplikationen
- Ja, aber nicht intravenös, und unter den o.g. einschränkenden Gesichtspunkten
- Nein

## Hospitalisation im Fall einer vital bedrohenden Krankheit oder Verschlechterung mit plötzlich auftretender Urteilsunfähigkeit

- Ja
- Ja, aber nur im nächst gelegenen Spital, keine Verlegung an ein Zentrumsspital wenn mein Zustand vor Ort nicht gebessert werden kann
- Nein

## Notoperation oder Noteingriff im Fall einer vital bedrohlichen Verschlechterung, wie z.B. einer Hirnblutung, eines Herzinfarkts, eines Darmverschlusses, einer inneren Blutung

- Ja
- Ja, aber nur wenn die Chance auf die Wiedererlangung der vollen Urteilsfähigkeit hoch und das Risiko einer bleibenden Pflegebedürftigkeit tief ist
- Nein

## Behandlung auf einer Intensivstation

- Ja
- Ja, aber nur im Kontext einer akuten Erkrankung/ Operation und wenn erwartet werden kann, dass der Zustand innert Tagen wieder bessert
- Nein

## Intubation (Luftschläuch) und künstliche Beatmung

- Ja, auch dauerhaft
- Ja, aber nur befristet wenn erwartet werden kann, dass der Zustand innert Tagen wieder bessert
- Nein

## Nierenersatzverfahren

- Ja, auch dauerhaft
- Ja, aber nur befristet wenn erwartet werden kann, dass der Zustand innert 1-2 Wochen wieder bessert
- Nein

## Künstliche Ernährung über eine Magen- oder Darmsonde

- Ja, auch dauerhaft
- Ja, aber nur befristet wenn erwartet werden kann, dass der Zustand innert 2-4 Wochen wieder bessert
- Nein

## Wiederbelebungsmaßnahmen im Fall eines Herzstillstandes

- Ja
- Ja, aber nur für eine beschränkte Zeit, Abbruch wenn das Herz nicht innert weniger Minuten wieder selber weiter schlägt.
- Nein

**Wenn sich nach der ersten Stabilisierung meines Zustands durch oben genannte Massnahmen zeigt, dass eine Wiedererlangung der Urteilsfähigkeit wenig wahrscheinlich und die Gefahr einer längerfristigen oder anhaltenden Pflegebedürftigkeit hoch ist, möchte ich, dass**

- alle Massnahmen zur Lebenserhaltung weitergeführt werden, solange noch Hoffnung wenigstens auf eine Wiedererlangung der Urteilsfähigkeit besteht
- auf weitere lebenserhaltende Massnahmen verzichtet wird
- die begonnenen Massnahmen beendet werden

**Symptomatische Therapie von Beschwerden wie Schmerzen, Atemnot, Uebelkeit, Unruhe, Wahnphantasien und Angst**

- Schmerzen, Atemnot, Unruhe, Wahnphantasien und Angst sollen auf jeden Fall wirksam behandelt werden, auch wenn dies meine Wachheit reduzieren, meine Gedanken verklären und zu einer Verkürzung des Lebens in den letzten Tagen führen sollte.
- Mir ist wichtig, dass ich jederzeit und bis zuletzt möglichst wach bin und möglichst klare Gedanken fassen kann. Dafür nehme ich auch die genannten Beschwerden soweit wie irgendwie erträglich in Kauf.
- Spät im Sterbeprozess und bei sehr intensiven Beschwerden dürfen aber alle Medikamente inkl. Morphin eingesetzt werden.

**Sterbeort**

- Wenn es soweit kommt, möchte ich nach Möglichkeit zu Hause versterben und dort behandelt und begleitet werden.
- Ich möchte in dieser Situation lieber in einer Institution, etwa einem Spital, einer Palliativpflegestation oder einem Pflegeheim betreut werden.

**Meine grösste Sorge, meine grössten Ängste und Befürchtungen sind:**

**Vertretungsperson welche ich ermächtige, meinen Willen gegenüber dem Behandlungsteam geltend zu machen. Diese Person ist über meinen Zustand zu informieren und in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen. Sie darf meine Krankengeschichte einsehen und ich entbinde ihr gegenüber sämtliche Ärzte und Pflegefachpersonen von der Schweigepflicht:**

Name und Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

eMail:

Beziehung:

**Kann meine Vertretungsperson nicht kontaktiert werden oder kann sie aus anderen Gründen diese Aufgabe nicht wahrnehmen, so bestimme ich folgende Ersatzperson:**

Name und Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

eMail:

Beziehung:

**Mein behandelnder Hausarzt / meine Hausärztin ist:**

- Dr. med. R. Butsch
- Dr. med. S. Huber
- Fr. Dr. med. N. Plate

Telefonnummer: 052/745 13 00

eMail: [praxis-stammertal@hin.ch](mailto:praxis-stammertal@hin.ch)

- Diese Patientenverfügung wurde mit meinem Hausarzt / meiner Hausärztin besprochen.

Ort:

Datum:

Unterschrift:

---