Bewohnerverfügung

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aktuelle Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Behandlungsziel:**

Für den Fall, dass ich nicht mehr urteilsfähig bin (krankheits-oder unfallbedingt) und es nach sorgfältigem, ärztlichem Ermessen unmöglich oder unwahrscheinlich ist, dass ich meine Urteilsfähigkeit wieder erlange, so verlange ich den Verzicht auf alle Massnahmen, die nur eine Lebens-oder Leidensverlängerung zur Folge haben.

🞏 ja 🞏 nein

Die wirksame Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Angst, Unruhe, Atemnot und Übelkeit ist in jedem Fall gewährleistet. Dafür nehme ich auch eine allfällige therapiebedingte Bewusstseinstrübung (Sedation) in Kauf.

🞏 ja 🞏 nein

**Medizinische Massnahmen:**

Reanimation im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstands und/oder Atemstillstands:

Ich möchte reanimiert werden (wie Herzmassage, Defibrillation, Intubation, Beatmung)

🞏 ja 🞏 nein

**Künstliche Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung:**

a)Ich gestatte die dauerhafte künstliche Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung (mittels Magensonde, Infusion, chirurgischer Einlage einer Ernährungssonde).

🞏 ja 🞏 nein

b)(Falls nein unter a) Ich gestatte eine künstliche Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung vorübergehend, d.h. wenn zu erwarten ist, dass dadurch mein Leiden gelindert wird oder dass ich später, allenfalls mit Unterstützung, Flüssigkeit und Nahrung wieder auf normalem Weg zu mir nehmen kann.

🞏 ja 🞏 nein

**Hospitalisation**

Ich wünsche in jedem Fall eine Hospitalisation bei einer lebensbedrohlichen Situation.

🞏 ja 🞏 nein

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Hospitalisation aus pflegerischen Gründen notwendig werden kann.

**Vertrauenspersonen:**

🞏Ich habe keine Vertrauensperson eingesetzt

Ich habe nachfolgend genannte Vertrauenspersonen eingesetzt, welche ich ermächtige, meinen Willen gegenüber dem Behandlungsteam geltend zu machen. Diese Person ist über meinen Zustand zu informieren und in die Entscheidungsfindung einzubeziehen; sie kann meine Krankengeschichte einsehen und ich entbinde ihr gegenüber sämtliche Ärzte und Pflegefachpersonen von der Schweigepflicht.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geschäft\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mobile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geschäft\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mobile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 Ich habe meine Vertrauensperson über die Patientenverfügung informiert

**Besondere Anordnungen im Falle meines Todes**

**Autopsie:** Ich gestatte eine Autopsie

🞏 ja 🞏 nein 🞏 ich überlasse die Entscheidung meiner Vertrauensperson

Ich bin darüber informiert, dass das Verfassen einer Patientenverfügung freiwillig ist und

dass ich diese jederzeit widerrufen oder ändern kann, solange ich urteilsfähig bin.

**Sterbebegleitung:**

Ich möchte beim Sterben begleitet werden

🞏 ja 🞏 nein

Falls ja, ich möchte, dass folgende Personen so rasch als möglich kontaktiert werden:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geschäft\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mobile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich möchte von einem Geistlichen meiner Konfession begleitet werden.

🞏 ja 🞏 nein

Falls ja, meine Wahl:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nach meinem Tod:**

Welche Person(en) ist/sind sofort zu benachrichtigen (Falls mehrere Kinder oder andere Verwandte oder Bekannte/Freunde vorhanden sind, bitte eine Person angeben, welche

dann die weiteren Familienmitglieder/Bekannte informiert)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bestattungsart:**

Ich wünsche mir eine

🞏 Erdbestattung 🞏Kremation 🞏 Gemeinschaftsgrab

**Abdankung:**

Ich wünsche mir eine Abdankung

🞏 im Saal Lorrainehof 🞏 In der Abdankungshalle

Folgende Person soll die Abdankungsfeier leiten:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich wünsche keine religiöse Abdankungsfeier 🞏

Ort und Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_