

# Patientenverfügung FMH

Ausführliche Version



# Inhaltsverzeichnis

Personalien, Vertretungsperson, behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt	3
Teil 1: Einstellungen zum Leben	5
Teil 2: Behandlungsziel und medizinische Massnahmen Situation 1: <b>Notfall</b> – plötzliche Urteilsunfähigkeit Situation 2: Schwere Krankheit – länger dauernde Urteilsunfähigkeit Situation 3: Bleibende Urteilsunfähigkeit	7
Teil 3: Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen	9
Teil 4: Letzte Lebensphase	10
Teil 5: Organspende und Obduktion	12
Hinweiskarte zum Ausfüllen	13



## Hinweise

### **Modularer Aufbau der ausführlichen Version**

In dieser Version füllen Sie zuerst Angaben zu Ihrer Person, zur Vertretungsperson und zur behandelnden Ärztin/zum behandelnden Arzt aus. Anschliessend folgen 5 verschiedene Teile. Sie können wählen, wie viele Teile Sie ausfüllen möchten.

### **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 – Ausführliche Version

### 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

Sie können nachfolgend eine Vertretungsperson bestimmen. Wenn Sie keine Vertretungsperson einsetzen können oder wollen, müssen Sie diesen Abschnitt nicht ausfüllen.



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

## Ersatzperson

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

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

Diese Person ermächtige ich, 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, soweit dies für den zu fällenden Entscheid nötig ist. Ihr gegenüber entbinde ich das Behandlungsteam von der Schweigepflicht.

Ich habe die Patientenverfügung mit meiner Ersatzperson besprochen:

<input type="checkbox"/> Ja	Datum	<input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> Ja	Datum	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------	-------------------------------

## 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?

Hier können Sie zusätzlich durch Ankreuzen von Ja oder Nein festhalten, was für Sie zutrifft und was nicht. Damit geben Sie dem Behandlungsteam wichtige Hinweise, um in Ihrem Interesse zu handeln.

	Ja	Nein
Angehörige/Freunde in meiner Nähe zu haben, ist mir wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe noch viele Wünsche für mein zukünftiges Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Wünsche:		

Ich habe noch viele Pläne für mein zukünftiges Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Pläne:		

Glaube, Religion oder Spiritualität sind mir wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Einstellungen oder Wünsche dazu:		



**Hinweis:** Setzen Sie an dieser Stelle ein Datum und Ihre Unterschrift und schliessen Sie Teil 1 ab. Sie können mit Teil 2 fortfahren.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

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

Teil 1 entspricht immer noch meinem Willen. Dies bestätige ich mit meiner erneuten Unterschrift:

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

# 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 für jede Situation **ein Behandlungsziel** wählen: Entweder **Lebensverlängerung oder Leidenslinderung**.



Wegleitung S. 5

### Situation 1:

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).

—> **Notfall – plötzliche Urteilsunfähigkeit**

### Situation 2:

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).

—> **Schwere Krankheit – länger dauernde Urteilsunfähigkeit**

### Situation 3:

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).

—> **Bleibende Urteilsunfähigkeit**

**Zu diesen 3 Situationen können Sie je ein Behandlungsziel mit entsprechenden medizinischen Massnahmen wählen:**

### Behandlungsziel Lebensverlängerung:

Wenn das Behandlungsziel Lebensverlängerung ist und Sie hierfür eine Maximaltherapie (Reanimation, Intensivstation) in Anspruch nehmen wollen, dann kreuzen Sie Behandlungsziel **A** an.

—> **Behandlungsziel A**

### Behandlungsziel Lebensverlängerung mit Einschränkungen:

Wenn das Behandlungsziel eine Lebensverlängerung mit gewissen Einschränkungen der medizinischen Massnahmen ist, dann werden Sie nach Wunsch Behandlungsziel **B0** oder **B1** oder **B2** oder **B3** ankreuzen.

—> **Behandlungsziel B0 B1 B2 B3**

### Behandlungsziel Leidenslinderung:

Wenn das Behandlungsziel nicht mehr primär eine Lebensverlängerung, sondern vor allem Leidenslinderung ist, kreuzen Sie Behandlungsziel **C** an.

—> **Behandlungsziel C**



Sie können bei Situation 1, 2 und 3 nur je ein Kreuz setzen, entweder bei Behandlungsziel A, B0, B1, B2, B3 oder C.

	Situation 1 Notfallsituation Plötzliche Urteilsunfähigkeit	Situation 2 Schwere Krankheit Länger dauernde Urteilsunfähigkeit	Situation 3 Bleibende Urteilsunfähigkeit
<b>A – Lebensverlängerung</b> Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschliesslich Reanimation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B0 – Lebensverlängerung mit Einschränkungen</b> <b>Keine Reanimation</b> Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B1 – Lebensverlängerung mit Einschränkungen</b> <b>Keine Reanimation</b> <b>Keine invasive Beatmung</b> Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B2 – Lebensverlängerung mit Einschränkungen</b> <b>Keine Reanimation</b> <b>Keine invasive Beatmung</b> <b>Keine Behandlung auf Intensivstation</b> Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B3 – Lebensverlängerung mit Einschränkungen</b> <b>Keine Reanimation</b> <b>Keine invasive Beatmung</b> <b>Keine Behandlung auf Intensivstation</b> <b>Keine Mitnahme ins Spital/auf Notfallstation</b> Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C – Leidenslinderung</b> Ausschliesslich lindernde Massnahmen Wenn möglich Verbleib in der bisherigen häuslichen Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil 2



**Hinweis:** Setzen Sie an dieser Stelle ein Datum und Ihre Unterschrift und schliessen Sie Teil 2 ab. Sie können mit Teil 3 fortfahren.

Ort, Datum

Unterschrift

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

Teil 2 entspricht immer noch meinem Willen. Dies bestätige ich mit meiner erneuten Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift



## Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen

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

Wählen Sie **Variante 1**, wenn Sie umfassend mit wirksamen Medikamenten zur Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Atemnot, Angst und Übelkeit behandelt werden möchten. Es ist möglich, dass dadurch Ihr Bewusstsein getrübt wird. Unter Umständen wird auch Ihre verbleibende Lebenszeit dadurch verkürzt.

Wählen Sie **Variante 2**, wenn Sie möglichst lange wach sein und Ihre Mitmenschen wahrnehmen möchten. Sie sind dafür bereit, ein gewisses Mass an belastenden Symptomen wie Schmerzen, Atemnot, Angst und Übelkeit zu ertragen.

Sie können nur entweder **Variante 1** oder **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.



**Hinweis:** Setzen Sie an dieser Stelle ein Datum und Ihre Unterschrift und schliessen Sie Teil 3 ab. Sie können mit Teil 4 fortfahren.

Ort, Datum

Unterschrift

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

Teil 3 entspricht immer noch meinem Willen. Dies bestätige ich mit meiner erneuten Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

## Letzte Lebensphase

Wenn Sie in der letzten Lebensphase nicht mehr selbst entscheiden können, ist es wichtig, Ihre Wünsche zu kennen, um Sie bestmöglich behandeln und pflegen zu können.

Nachfolgend können Sie sich für diese Phase zur künstlichen Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit äussern. Zusätzlich können Sie spezifische Wünsche angeben.

### Künstliche Zufuhr von Nahrung

Eine künstliche Ernährung ist eine lebensverlängernde Behandlung und wird dann eingeleitet, wenn Sie über mehrere Tage nicht essen können. Während der letzten Lebensphase besteht normalerweise kein Hungergefühl mehr.

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

**Variante 1** Ich will eine künstliche Zufuhr von Nahrung.

**Variante 2** Ich will keine künstliche Zufuhr von Nahrung.

### Künstliche Zufuhr von Flüssigkeit

Künstliche Flüssigkeitszufuhr (zum Beispiel über eine Infusion) ist keine längerfristig lebensverlängernde Massnahme. Flüssigkeit kann aber unter Umständen verabreicht werden, wenn Sie nicht schlucken können und wenn damit belastende Symptome wie Durst oder Verwirrungszustände gelindert werden können.

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

**Variante 1** Ich will eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

**Variante 2** Ich will die künstliche Flüssigkeitszufuhr nur, wenn sie dazu dient, belastende Symptome zu lindern.

**Variante 3** Ich will keine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

## Zusätzliche Wünsche

Hier können Sie angeben, was Ihnen für die letzte Lebensphase wichtig ist:

Angehörige/Freunde, die ich gerne in meiner Nähe habe:

  

Meine letzte Lebenszeit möchte ich an folgendem Ort verbringen:

  

Für meine medizinische und körperliche Pflege wünsche ich mir folgende Personen (z. B. Angehörige, Spitex etc.):

  

Religiöse oder spirituelle Überzeugungen oder Wünsche, die mir wichtig sind:

  

Weitere Wünsche für meine letzte Lebenszeit:

  

Ich wünsche eine seelsorgerische Betreuung:

- Ja  
 Nein

durch



**Hinweis:** Setzen Sie an dieser Stelle ein Datum und Ihre Unterschrift und schliessen Sie Teil 4 ab. Sie können mit Teil 5 fortfahren.

Ort, Datum

Unterschrift

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

Teil 4 entspricht immer noch meinem Willen. Dies bestätige ich mit meiner erneuten Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

## 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.

## Obduktion

Sie können Ihre Zustimmung zur klinischen Obduktion geben.



Wegleitung S. 6

Ich gestatte  eine klinische Obduktion  keine klinische Obduktion



**Hinweis:** Schliessen Sie Teil 5 der Patientenverfügung an dieser Stelle mit dem Datum und Ihrer Unterschrift ab:

Ort, Datum

Unterschrift

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

Teil 5 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 8 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 8 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 style="text-align: right;"> Ausführliche Version</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> Es handelt sich um eine Notfallsituation, in der Sie sich plötzlich nicht mehr äussern können. Sie können nur eine Variante ankreuzen:</p> <p><b>A – Lebensverlängerung</b> Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschliesslich Reanimation <input type="checkbox"/></p> <p><b>B0 – Lebensverlängerung mit Einschränkungen</b> <b>Keine Reanimation</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>B1 – Lebensverlängerung mit Einschränkungen</b> <b>Keine Reanimation</b> <b>Keine invasive Beatmung</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>B2 – Lebensverlängerung mit Einschränkungen</b> <b>Keine Reanimation</b> <input type="checkbox"/> <b>Keine invasive Beatmung</b> <b>Keine Behandlung auf Intensivstation</b></p> <p><b>B3 – Lebensverlängerung mit Einschränkungen</b> <b>Keine Reanimation</b> <input type="checkbox"/> <b>Keine invasive Beatmung</b> <b>Keine Behandlung auf Intensivstation</b> <b>Keine Mitnahme ins Spital/auf Notfallstation</b></p> <p><b>C – Leidenslinderung</b> Ausschliesslich lindernde Massnahmen Wenn möglich Verbleib in der bisherigen häuslichen Umgebung <input type="checkbox"/></p>
--	--