



Meine persönliche Verfügung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Leben, solange das Leben lebenswert ist. Das ist mir wichtig. Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äussern, verfüge ich Folgendes:

Sollte ich von einer ernsthaften gesundheitlichen Störung betroffen sein, beanspruche ich alle ärztlichen und pflegerischen Massnahmen, die nach bestem Wissen und Gewissen zur Besserung meines Zustandes und zur Linderung der Symptome durchgeführt werden.

Dagegen verlange ich, dass lebensverlängernde Massnahmen unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn,

- diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann.
- mein Gehirn durch Unfall oder Krankheit so schwer und dauerhaft geschädigt ist, dass höchstwahrscheinlich keine Aussicht auf Wiedererlangen des Bewusstseins besteht.
- ich an Demenz schweren Grades leide.

Behandlung und Pflege sollen sich in diesen Fällen nach den Grundsätzen der palliativen Medizin, Pflege und Begleitung ausrichten. Die wirkungsvolle Linderung von belastenden Symptomen (z.B. Schmerzen, Atemnot, Mundtrockenheit, Unruhe, Angst) soll im Zentrum stehen.

Massnahmen zur Wiederbelebung (Reanimation) bei Herz-Kreislauf-Stillstand

Wählen Sie eine der möglichen Antworten aus.

- Ich gestatte die Durchführung einer Reanimation grundsätzlich in jeder Situation**, d.h. auch bei einer schlechten medizinischen Prognose, wie beispielsweise bei einer bestehenden Erkrankung oder einer unmittelbar lebensbedrohlichen, nicht kurativ behandelbaren Vorerkrankung.
- Ich verbiete eine Reanimation grundsätzlich in allen Situationen.**

Personen meines Vertrauens

Sollte ich selbst nicht mehr ansprechbar und urteilsfähig sein, treten folgende Vertrauenspersonen für mich ein. Diese sind ermächtigt, in meinem Namen Entscheidungen zu treffen. Sie werden dem medizinischen Personal beistehen, meinem Willen zu entsprechen. Das medizinische Personal ist diesen Personen gegenüber von der Schweigepflicht entbunden.

Vorname / Name / Adresse / Telefon

Unterschrift

Vorname / Name / Adresse / Telefon

Unterschrift

Vorname / Name / Adresse / Telefon

Unterschrift

Guttet-Feschel, _____

Bewohner/in

Nächsten Angehörigen, welche von
Gesetzes wegen das Ent-
scheidungsrecht haben.