



*Alters- und Pflegeheim Bellevue
4515 Oberdorf*



Patientenverfügung

Name Vorname

Geburtsdatum Heimatort

Wohnadresse vor Heimeintritt

Für den Fall, dass ich meine Urteilsfähigkeit unwiderruflich verliere und meinen Willen nicht mehr mitteilen kann, verfüge ich bezüglich meiner medizinischen Versorgung und Behandlung folgendes:

Bei einer aus Sicht der behandelnden Ärzte aussichtslosen Prognose, einer wahrscheinlichen Dauerschädigung des Gehirnes oder bei Versagen lebenswichtiger Körperfunktionen, **wünsche ich:**

- Keine Einleitung oder Aufrechterhaltung medizinischer Massnahmen, die allein der Lebensverlängerung oder –Erhaltung dienen. Die Gabe von Medikamenten zur Linderung von Schmerzen und Beschwerden verlange ich auch dann, wenn diese u.U. meine Lebenszeit verkürzen,
- Keine Wiederbelebungsmaßnahmen (REA nein),
- Keine künstliche Beatmung.
In diesem Fall verlange ich Medikamente zur Linderung der Luftnot zu erhalten auch wenn diese meine Lebenszeit verkürzen,
- Keine künstliche Ernährung über die Nasen- oder Magensonde.

Mir ist auch bekannt dass im Alters- und Pflegeheim Bellevue keine Infusionen verabreicht werden.

In jedem Fall wünsche ich mir eine fachgerechte Körperpflege, Pflege der Mundschleimhäute sowie Zuwendung und eine menschenwürdige Unterbringung.

Diese Erklärung ist Ausdruck meiner reiflichen Überlegungen und soll dem Behandlungsteam bei allfälligen Fragen als Entscheidungshilfe dienen. Mir ist klar, dass meine Entscheidung in einer der O.g. Lebens- und Behandlungssituationen die benannten ärztlichen Massnahmen abzulehnen, dazu führen kann, dass meine Lebenszeit verkürzt wird.

Ort, Datum Unterschrift

Ich habe die nachfolgend genannte Vertrauensperson 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

Funktion Adresse

Unterschrift

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

Name Vorname

Funktion Adresse

Unterschrift

Folgende Personen dürfen über meinen Gesundheitszustand informiert werden:

Name Vorname

Funktion Adresse

Name Vorname

Funktion Adresse

Ich habe die Vertrauensperson über die Patientenverfügung informiert.

Ort, Datum Unterschrift
