

1. Schmerzen, Atemnot, Angst, Übelkeit, Erbrechen, Schlaflosigkeit und Ähnliches sind oft belastend oder gar quälend. Bei einer Behandlung ist mir wichtig, dass

.....
.....
.....
.....

2. Ich gehe davon aus, dass ich reanimiert werde, wenn eine begründete Hoffnung besteht, dass ich überleben kann und ein einigermaßen gutes Leben werde führen können. Unter Letzterem verstehe ich vor allem:

.....
.....
.....
.....

3. Hingegen soll die Reanimation unterlassen werden:

- im Endzustand einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit ja nein
- wenn ich voraussichtlich bleibend geistig verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiss, wer ich bin, wo ich bin und Familie und Freunde nicht mehr erkenne ja nein
- bei lang anhaltender Bewusstlosigkeit ohne realistische Aussicht auf Besserung ja nein

Wichtig ist mir:

.....
.....
.....
.....

4. Ich gehe davon aus, dass ich im Zustand der Bewusstlosigkeit weder Hunger noch Durst leiden muss. Ich verzichte jedoch auf künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr

- im Endzustand einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit ja nein
- bei lang anhaltender Bewusstlosigkeit ohne realistische Aussicht auf Besserung ja nein

Wichtig ist mir:

.....
.....
.....
.....

5. Wenn mein Sterben naht und sich die Frage stellt, ob ich ins Spital gebracht werden soll, möchte ich

- lieber nicht mehr ins Spital eintreten ja nein
- nur dann eintreten, wenn die Belastung für meine Angehörigen zu gross wird ja nein
- dass meine Angehörigen entscheiden ja nein

Wichtig ist mir:
.....
.....
.....

6. Ich wünsche eine seelsorgerliche Betreuung ja nein
Darunter stelle ich mir vor, dass

- mich folgende/r Seelsorger/in besucht:

Name: Vorname:

Strasse: PLZ/Wohnort:

Telefon:

- der/die Spitalseelsorger/in mit mir Kontakt aufnimmt ja nein

7. Eine Organspende kommt für mich in Frage ja nein

Ich bin mir bewusst, dass mit diesem Dokument nicht alle vorstellbaren konkreten Situationen erfasst werden können.

Was mir sonst noch wichtig ist (z.B. medikamentöse Therapie wie Antibiotika,

Impfungen, Operationen im Alter):.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Was ich auf keinen Fall möchte:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ich habe diese Verfügung mit den folgenden Personen abgesprochen (auch 1 Person genügt). Sie ist/sind bereit, sich für mich im Sinne der obgenannten Wünsche und Entscheidungen einzusetzen:

Hausarzt

Name: Vorname:

Strasse: PLZ/Wohnort:

Telefon:

Er/Sie hat eine Kopie der Verfügung erhalten ja nein

Name: Vorname:

Strasse: PLZ/Wohnort:

Telefon: Geburtsdatum:

Er/Sie hat eine Kopie der Verfügung erhalten ja nein

Name: Vorname:

Verwandtschaftsgrad:

Strasse: PLZ/Wohnort:

Telefon: Geburtsdatum:

Er/Sie hat eine Kopie der Verfügung erhalten ja nein

Damit diese Person/en meinen Willen stellvertretend für mich wahrnehmen können, entbinde ich die beteiligten Fachpersonen von der Schweigepflicht.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Die regelmässige Überprüfung und evtl. Anpassung (z. B. 2-jährlich) ist wichtig, um Ihre Bedürfnisse und Wünsche jederzeit klar zu erkennen.

Ergänzungen/Änderungen:

.....
.....

Datum:

.....
.....

Datum:

.....
.....

Datum:

.....
.....

Datum:

.....
.....

Datum:

.....
.....

Datum: