

Kantonsspital St.Gallen

Departement Interdisziplinäre medizinische Dienste
Palliativzentrum

Departement Innere Medizin
Onkologie / Hämatologie

**Kantonsspital
St.Gallen**



CH-9007 St.Gallen
Tel. 071 494 11 11
www.kssg.ch

Patientenverfügung





Patientenverfügung

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ / Wohnort:

Nach einem ausführlichen Aufklärungsgespräch mit folgenden Beratungspersonen:

Name / Funktion:

Name / Funktion:

gebe ich nach reiflicher Überlegung und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte nachstehend meinen Willen kund für den Fall, dass ich selber dazu nicht mehr in der Lage sein sollte.

Ich bin mir bewusst, dass diese Willenserklärung durch mich jederzeit geändert werden kann.

Ort, Datum:

Unterschrift:



2. Was mir grundsätzlich wichtig ist

Die Antworten auf die unten stehenden Fragen sollten Sie im Hinblick darauf formulieren, dass Ihre Aussagen im Falle Ihrer Entscheidungs- oder Äusserungsunfähigkeit - den Ärzten, Pflegefachpersonen, Angehörigen und anderen sie betreuenden Personen eine Hilfe zur Entscheidungsfindung in Ihrem Sinne sein können.

2.1. Für mein körperliches Wohlbefinden stehen folgende Punkte im Vordergrund:

.....

.....

.....

.....

2.2. Zu meinem seelischen / psychischen Wohlbefinden trägt Folgendes bei:

.....

.....

.....

.....

2.3. Aus religiöser / spiritueller Hinsicht ist mir besonders wichtig:

.....

.....

.....

2.4. Bezüglich meiner Familie, Freunde, andere Mitbetroffenen möchte ich Folgendes festhalten:

.....

.....

.....

.....

2.5. Was heisst für mich persönlich „in Würde Sterben“?

.....

.....

.....



4. Weitere Wünsche / Bedürfnisse

4.1. Pflegerische Bedürfnisse am Lebensende:

- Ich wurde darüber informiert, dass es für die ausführliche Formulierung meiner Wünsche bezüglich Pflege am Lebensende ein Zusatzdokument gibt.
- Ich verzichte auf dieses zusätzliche Dokument und formuliere meine wichtigsten Anliegen bezüglich pflegerischer Gestaltung am Lebensende.

Folgende Anliegen sind mir wichtig bezüglich Pflege:

.....

4.2. Spirituelle Bedürfnisse:

Ich wünsche eine spirituelle / seelsorgerliche Begleitung: Ja Nein

Wenn ja, kontaktieren Sie folgende Person:

Name /Vorname:

Adresse:

Telefon / Fax / Mail:

- Es kann jemand anders aus der Seelsorge sein.

Ich schätze / wünsche folgende Rituale / Vorgehensweise:

.....

4.3. Sterbeort:

Nach Möglichkeit möchte ich Zuhause sterben. Ja Nein

Ich möchte lieber in einer medizinisch-pflegerischen Institution sterben. Ja Nein

Mir ist wichtig zu dieser Frage:

.....

4.4. Autopsie:

Ich wünsche keine Autopsie generell eine Autopsie

- ich bin einverstanden mit einer Autopsie für Unterrichts- / Forschungszwecke

Bemerkungen:

4.5. Bestattung:

Ich wünsche Erdbestattung Kremation möchte aufgebahrt werden

Genauerer:

Was ich dazu noch sagen möchte:

4.6. Weitere Wünsche:

.....



5. Stellvertretung

Ich verlange, dass meine Patientenverfügung im Rahmen des rechtlich Zulässigen respektiert wird. Sollte ich nicht mehr in der Lage sein, eine Entscheidung zu treffen, so beauftrage ich nachfolgende Personen meine Patientenverfügung stellvertretend für mich durchzusetzen. Für den Fall, dass meine ärztliche Fachperson Zweifel hat oder in Gewissenskonflikte kommt, so beauftrage ich Sie, Ihren Entscheid mit fachkundigen Kollegen und Kolleginnen, (z.B. Arzt meines Vertrauens, Hausarzt, Hausärztin) sowie ebenfalls mit nachfolgenden Personen (Angehörige, Freunde) zu besprechen:

<i>Name / Vorname:</i>	<i>Name / Vorname:</i>
<i>Beziehungsgrad:</i>	<i>Beziehungsgrad:</i>
<i>Adresse / PLZ / Ort:</i>	<i>Adresse / PLZ / Ort:</i>
<i>Telefon / Natel:</i>	<i>Telefon / Natel:</i>
<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>
<i>Unterschrift:</i>	<i>Unterschrift:</i>

<i>Name / Vorname:</i>	<i>Name / Vorname:</i>
<i>Beziehungsgrad:</i>	<i>Beziehungsgrad:</i>
<i>Adresse / PLZ / Ort:</i>	<i>Adresse / PLZ / Ort:</i>
<i>Telefon / Natel:</i>	<i>Telefon / Natel:</i>
<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>
<i>Unterschrift:</i>	<i>Unterschrift:</i>



6. Hinterlegung

Eine Kopie meiner Patientenverfügung befindet sich bei:

Name / Vorname: Beziehungsgrad: Adresse / PLZ / Ort: Telefon / Natel: Datum: Unterschrift:	Name / Vorname: Beziehungsgrad: Adresse / PLZ / Ort: Telefon / Natel: Datum: Unterschrift:
Name / Vorname: Beziehungsgrad: Adresse / PLZ / Ort: Telefon / Natel: Datum: Unterschrift:	Name / Vorname: Beziehungsgrad: Adresse / PLZ / Ort: Telefon / Natel: Datum: Unterschrift:

7. Erneuerung

Diese Verfügung habe ich erneuert / aktualisiert am:

(ideal: alle 1 - 2 Jahre oder bei markanten Änderungen in meiner Lebensgeschichte)

Datum:	Unterschrift:
Datum:	Unterschrift:
Datum:	Unterschrift:

Reaktionsteam

Büche Daniel, verantwortliche Person
Buess-Willi Claudia
Kegel Yvonne
Reifler Daniela

Autorin	Dateiname_Version_Erstellungsdatum	Überarbeitung	Seite
erstellt: Palliativstation, C.Knipping_1999 überarbeitet: Palliativzentrum	Patientenverfügung_Version_2_März_2009	März_2014	8/8