**Patientenverfügung (Kreditkartenformat)**

Gegen den Willen der Patienten dürfen Ärzte keine Behandlung abbrechen. Meist sind es aber die Kranken, welche in einer hoffnungslosen Situation, z.B. Krebs im Endstadium, keine Behandlung mehr wollen ausser Palliativpflege, also Bekämpfung von Schmerzen Angst, Atemnot, Brechreiz usw. Für den Fall, dass sich diese Person nicht mehr ausdrücken kann, ist es sinnvoll, seinen Willen in einer Patientenverfügung festzuhalten mit Angabe von nahestehenden Leuten, welche bei dieser schweren Entscheidung des Therapieabbruchs mithelfen sollen. Man kann an verschiedenen Stellen bis 30-seitige Formulare beziehen. Mehr als 2 Seiten werden nicht gelesen. Als nützlich hat sich das unten stehende Kärtchen erwiesen, das man stets mit sich trägt. Es wurde durch die KESB-Friedensrichterin als gut und nützlich beurteilt, da es immer griffbereit ist.

|  |
| --- |
| **Meine Patientenverfügung / my patient disposal**  Namen Sampla Simila Muster-Exempel  geb. am 44.Juni 1904 Nationalität. Schweiz / Swiss  Adresse Musterstr. 8, CH-1717 Welchdorf FR  Falls ich eine medizinisch hoffnungslose Prognose habe und mich nicht mehr äussern kann oder urteilsunfähig bin, will ich Palliativpflege mit Verzicht auf Massnahmen, die das Leben verlängern. Schmerzmittel dürfen den Tod beschleunigen.  .  Ich erlaube die Entnahme von Organen zur Transplantation.  Mein **Vorsorgeauftrag** ist verso & bei Familienbüchlein  - - - - - - - - -  Das weitere Vorgehen sollen die Ärzte mit folgenden Leuten und/oder meinem Vertrauensarzt entscheiden.  Sempio Muster, Gatte, +41 26 496 15 26  Musterstr.8, CH-1717 Welchdorf FR  Modela Vorlage-Muster,Tochter,079 922 35 42  Beispielstr. 12, CH-3199 Wiedingen FR  Mein Arzt: Arztpraxis am Bager Tel.+41 26 496 33 33  Bodenmattstr.4, CH-3185 Schmitten FR    Welchdorf, Dat. Sign. |

Am PC (Word) ausfüllen (Muster-Angaben ersetzen), evtl. Unpassendes durch Leerschlag entfernen / ändern. Datum von Hand, Unterschrift!

Den Linien entlang ausschneiden, [evtl. auf Rückseite den kurzen Vorsorgeauftrag von Hand schreiben.]

Dann in der Mitte falten, Rückseite mit Stift (z.B.Pritt) kleben, fest falten, pressen.

Falls Vorsorgeauftrag auf der Rückseite geschrieben ist, nicht kleben! Evtl. durchsichtige Klebfolie als Schutz.

Ins Portemonnaie legen. Von Zeit zu Zeit erneuern.

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Meine Patientenverfügung / my patient disposal**  Namen………………………….……………………….…………………….………… geb.am…………………………Nationalität.………….…………………...……  Adresse………………………………………………………….………………………  Falls ich eine medizinisch hoffnungslose Prognose habe und mich nicht mehr äussern kann oder urteilsunfähig bin, will ich Palliativpflege mit Verzicht auf Massnahmen, die das Leben verlängern. Schmerzmittel dürfen den Tod beschleunigen.  .  Ich erlaube die Entnahme von Organen zur Transplantation.  Mein **Vorsorgeauftrag** befindet sich:……………………………………..  - - - - - - - - -  Das weitere Vorgehen sollen die Ärzte mit folgenden Leuten und/oder meinem Vertrauensarzt entscheiden.  Namen……………………………………………………………………………..…….  Adr.Tel…….…………………..……………………………………….…………..……  Namen………………………………………………………………….……….….……  Adr.Tel….……………………..……………………………………….…………..……  Mein Arzt:………………………..……………………………………….……….…..  Adr.Tel….……………………..……………………………………….…………..……  Ort, Dat.………………………………..Sign. |
| Von Hand ausfüllen, Unterschrift, evtl. Unpassendes streichen / ändern. Dann an den Linien ausschneiden, in der Mitte (Strichlein) vorfalten, Rückseite mit Stift (z.B.Pritt) kleben, falten, pressen. Evtl. mit durchsichtiger Klebfolie schützen. Ins Portemonnaie legen.  Dr. med. Robert Schwaller | |

**Vorsorgeauftrag**

**Kurzform auf Rückseite dieses Kärtleins genügt:**

**(muss ganz von Hand selbst geschrieben sein!!)**

**Ich, Name, Vorname, Geburtsdatum gebe**  **für den Fall meiner Urteilsunfähigkeit**

**einen Umfassenden Vorsorgeauftrag**

**an Namen, Vornamen, Geburtsdatum**

**Ersatzbeauftragte:**

**1. jüngere Person mit Namen, Geb.dat.**

**2. jüngere Person mit Namen, Geb.dat.**

**(Entschädigung nach Tarif VHD)**

**Ort, Datum, Unterschrift**

|  |
| --- |
| **Meine Patientenverfügung / my patient disposal**  Namen………………………….……………………….…………………….………… geb.am…………………………Nationalität.………….…………………...……  Adresse………………………………………………………….………………………  Falls ich eine medizinisch hoffnungslose Prognose habe und mich nicht mehr äussern kann oder urteilsunfähig bin, will ich Palliativpflege mit Verzicht auf Massnahmen, die das Leben verlängern. Schmerzmittel dürfen den Tod beschleunigen.  .  Ich erlaube die Entnahme von Organen zur Transplantation.  Mein **Vorsorgeauftrag** i  - - - - - - - - -  Das weitere Vorgehen sollen die Ärzte mit folgenden Leuten und/oder meinem Vertrauensarzt entscheiden.  Namen……………………………………………………………………………..…….  Adr.Tel…….…………………..……………………………………….…………..……  Namen………………………………………………………………….……….….……  Adr.Tel….……………………..……………………………………….…………..……  Mein Arzt:………………………..……………………………………….……….…..  Adr.Tel….……………………..……………………………………….…………..……  Ort, Dat.………………………………..Sign. |
| Von Hand ausfüllen, Unterschrift, evtl. Unpassendes streichen / ändern. Dann an den Linien ausschneiden, in der Mitte (Strichlein) vorfalten, Rückseite mit Stift (z.B.Pritt) kleben, falten, pressen. Evtl. mit durchsichtiger Klebfolie schützen. Ins Portemonnaie legen.  Dr. med. Robert Schwaller | |

|  |
| --- |
| **Die Rahmen müssen ca.**  **85 x 108 mm gross sein** |
|  |

Wenn kein Vorsorgeauftrag existiert, fragt die KESB meistens zuerst bei den in der Patientenverfügung erwähnten Personen an, ob sie bereit wären, auch diese Aufgaben ganz oder teilweise zu übernehmen (1.Personensorge, 2.Vermögensverwaltung, 3.Rechtsvertretung)