

## Stellvertretende Notfallverfügung APH Weingarten

Angelehnt an die Patientenverfügung der FMH, SAMW und DIALOG ETHIK

### Betrifft

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Nachfolgend als Person (P) erwähnt

### Vertrauensperson für persönliche und medizinische Angelegenheiten

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Tel.Nr. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Meine Rolle als Vertrauensperson habe ich aufgrund

- Vorsorgeauftrag** von Datum: \_\_\_\_\_
- Gemäss**
- Kaskadenregelung-  
Erwachsenenschutzrecht**
- die in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person
  - der Beistand mit schriftlicher Zustimmung der Erwachsenenschutzbehörde
  - der Ehegatte oder der eingetragene Partner
  - die Person, welche mit dem/der Bewohnenden einen gemeinsamen Haushalt geführt hat und regelmässig und persönlich Beistand leistet
  - Kinder oder Geschwister, welche regelmässig und persönlich Beistand leisten
  - Andere (Bitte Beziehungsstatus angeben):
- Weitere Bezugspersonen sind über den Inhalt dieses Dokumentes informiert:

Aufgrund der Tatsache, dass die oben genannte Person (P) ihren Willen nicht mehr selbst festhalten/kommunizieren kann (ungenügende, irreversible Urteilsfähigkeit) und keine frühere Patientenverfügung vorhanden ist, halte ich als berechtigte Vertrauensperson basierend auf dem mutmasslichen Willen der betreffenden Person folgendes fest.

### 1. Therapieziel und medizinische Massnahmen

#### A.) Unerwartetes akutes Ereignis (z.B. Herzstillstand, Herzinfarkt, Schlaganfall)

Eine Reanimation ist im Sinne der P. (cardiopulmonal)  Ja  Nein

Wenn es sich durch ein akutes Ereignis und nach ersten Notfallmassnahmen und sorgfältiger ärztlicher Beurteilung als unmöglich oder unwahrscheinlich erweisen könnte, dass die Person ihren bisherigen Zustand wieder erreichen kann, so verlange ich in ihrem Sinne den Verzicht auf alle **Massnahmen, die lediglich eine Lebens- und Leidensverlängerung zur Folge haben.**

Ja  Nein

#### B.) Palliative Betreuung: Schmerz- und Symptombehandlung

- Auch wenn auf lebensverlängernde Massnahmen verzichtet wird, wünsche ich für die erwähnte Person in jedem Fall die **wirksame Behandlung** (sogenannte Palliativmedizin=Leiden lindern) **von**

**Stellvertretende Notfallverfügung APH Weingarten**

**Schmerzen und belastenden Symptomen** wie Angst, Unruhe, Atemnot. Dafür wird in ihrem Sinne auch eine allfällige therapiebedingte Bewusstseinstäubung (Sedation) in Kauf genommen.

oder

- Wachheit und Kommunikationsfähigkeit waren für die Person immer sehr wichtig. Diese Fähigkeiten sind höher zu gewichten als eine maximale Linderung der Schmerzen und anderen Symptomen.**

**C.) Massnahmen bei Zustandsveränderungen (z.B. Infektionen, Tumoren)**

- Im Sinne von P. soll sie/er nicht „künstlich“ am Leben gehalten werden**  
Das heisst, auf diagnostische und therapeutische Massnahmen (inkl. Spitaleinweisung) ist zu verzichten. Aussichtslos gewordene Massnahmen wie künstliche Ernährung, Beatmung, medikamentöse Kreislaufunterstützung, Antibiotika oder Nierenersatzverfahren (Dialyse) werden abgesetzt oder sollten mit mir als Vertrauensperson besprochen werden.
- Solange tendenziell eine reelle Möglichkeit auf eine Besserung des gesundheitlichen Zustandes in absehbarer Zeit besteht,** will ich, dass die aus Sicht des behandelnden Arztes möglichen Massnahmen ausgeschöpft oder mit mir als Vertrauensperson besprochen werden.

**2. Sterben in Würde entsprechend der persönlichen Wertehaltung der erwähnten Person**

Was ihr wichtig ist (Rituale, Beistand definierter Personen, Musik zur Entspannung, Düfte etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Spirituelle Bedürfnisse (Krankheitssalbung, Sterbebegleitung, persönliche Werte)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Besondere Wünsche nach dem Tod**

Bekleidung  Private Kleidung \_\_\_\_\_  Sterbehemd

Erstellung: Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Erneute Überprüfung: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Erneute Überprüfung: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Erneute Überprüfung: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Erneute Überprüfung: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Erneute Überprüfung: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_