

Gerne stehen wir Ihnen für weitere Informationen zur Verfügung:

www.stgag.ch → wählen sie Standort KSM oder KSF
↓ Patienten und Besucherinfo

Kantonsspital Münsterlingen
8596 Münsterlingen
Tel. +41 (0)71 686 1111

Kantonsspital Frauenfeld
8501 Frauenfeld
Tel. +41 (0)52 723 7711

Erstellt vom Ethikforum Kantonsspital Münsterlingen
März 2007

 **Spital Thurgau AG**

**Patientenverfügung
und Vollmacht**



Patientenverfügung

 **Spital Thurgau AG**

Meine persönliche Verfügung und Vollmacht

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Wohnadresse/
Strasse _____

PLZ / Wohnort _____

Sollte ich von einer ernsthaften gesundheitlichen Störung betroffen sein, beanspruche ich alle sinnvollen ärztlichen und pflegerischen Massnahmen, die zur Besserung meines Zustandes und zur Linderung belastender Symptome nötig sind.

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, in einer lebensbedrohlichen Situation oder am Lebensende selbst eine **Entscheidung zu medizinischen Massnahmen** zu treffen, erkläre ich hier im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und meiner Urteilsfähigkeit meinen **Willen**:

- Ich wünsche die Unterlassung aller medizinischen Massnahmen zur Verlängerung meines Lebens, falls die elementaren Lebensfunktionen, insbesondere das Gehirn so schwer geschädigt sind, dass eine Besserung zu einem menschenwürdigen Dasein nicht mehr erwartet wird oder der Zustand von sich aus zum Tode führen würde. Damit

sind unter anderem ausdrücklich Wiederbelebungsversuche, künstliche Beatmung, Nierenersatzverfahren (Dialyse), Kreislaufunterstützung und die künstliche Ernährung gemeint.

- Ich wünsche ein menschenwürdiges Sterben und bitte das Behandlungsteam, mir dabei begleitend beizustehen. In jedem Fall wünsche ich, dass alles unternommen wird, um belastende Symptome wie Schmerzen, Angst, Unruhe, Atemnot und Durst zu lindern.
- Die von mir bezeichneten Vertrauenspersonen (siehe Seite 2) setzen sich dafür ein, dass mein Wille respektiert wird. Ich bitte die behandelnden Ärzte/Ärztinnen und Pflegepersonen sich mit ihnen zu besprechen, falls lebenswichtige Entscheide zu treffen sind. Ich entbinde das Behandlungsteam gegenüber diesen Personen vom Berufsgeheimnis.
- Ich wünsche eine seelsorgerische Betreuung
Meine Religion/Konfessionszugehörigkeit:

Diese Verfügung kann jederzeit, sollte aber mindestens alle 2 Jahre erneut bestätigt werden (siehe Seite 3). Bei Diagnose einer schweren Krankheit, vor einer grossen Operation oder eingreifenden Behandlungen (z. B. bei Krebsleiden) ist eine Besinnung und Neuunterzeichnung ebenfalls sehr empfehlenswert.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Persönliche Wünsche und Gedanken zum Leben:

Vertrauenspersonen:

Name, Vorname	_____
Strasse	_____
PLZ/Wohnort	_____
Telefon/Mobil	_____
Datum, Unterschrift	

Name, Vorname	_____
Strasse	_____
PLZ/Wohnort	_____
Telefon/Mobil	_____
Datum, Unterschrift	

Erneuerung:

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Kopien der Verfügung sind bei

Nach meinem Tod:

Autopsie/Obduktion:

Zur Feststellung der Todesursache und zur Überprüfung der medizinischen Therapie (Qualitätssicherung)

- Ich erlaube die Autopsie/Obduktion meines Körpers
- Ich erlaube die Autopsie/Obduktion meines Körpers nicht

Organspende:

Freigabe von Organen nach dem Tode zur Verpflanzung in einen anderen Menschen

- Ich erlaube die Entnahme jeglicher geeigneter Organe zur Transplantation
- Ich erlaube die Entnahme meiner Organe zur Transplantation mit Ausnahme folgender Organe:

- Ich erlaube die Entnahme meiner Organe zur Transplantation nicht

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Bitte besprechen Sie diese Verfügung mit den verantwortlichen Ärzten/Ärztinnen und/oder dem Pflegefachpersonal im Spital/Heim.

Hinterlegen Sie zudem eine Kopie bei Ihrem/Ihrer Hausarzt/-ärztin und Ihren Vertrauenspersonen.

Grundlagen:

- Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft, SAMW, 2005)
- Verordnung des Regierungsrates über die Rechtsstellung der Patienten und Patientinnen (2004)
- Gesetz über das Gesundheitswesen (1985)

Im Portemonnaie aufbewahren

Eine Patientenverfügung ist vorhanden

Vorname/Name _____

Geburtsdatum _____

Wohnort _____

Vertrauensperson (Name / Tel) _____
