

Die persönliche Verfügung (Patientenverfügung) ist schriftlich zu errichten, zu datieren und zu unterzeichnen. Wer eine persönliche Verfügung errichtet hat, kann diese Tatsache und den Hinterlegungsort auf der Versichertenkarte eintragen lassen. Die persönliche Verfügung kann in der gleichen Form widerrufen werden.

Den Bewohnenden ist dringend zu empfehlen, die persönliche Verfügung mit einer Vertrauensperson zu besprechen.

Persönliche Verfügung

Name Vorname

Geburtsdatum Heimatort

Wohnadresse vor Heimeintritt

Für den Fall, dass ich meinen Willen unwiderruflich nicht mehr bilden oder verständlich mitteilen kann, verfüge ich bezüglich meiner medizinischen Versorgung und Behandlung folgendes:

Wenn

- ich mich nach ärztlicher Prognose aller Wahrscheinlichkeit im unabwendbaren unmittelbaren Sterbeprozess befinde,
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,
- aufgrund einer Gehirnschädigung (z.B. Wachkoma, irreversible Bewusstlosigkeit, Schädelhirntrauma) meine Fähigkeit, Einsicht zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist (ich weiss, dass die Möglichkeit, dass ich aus diesem Zustand erwachen werde, nie gänzlich auszuschliessen ist),
- ich infolge einer Demenzerkrankung bzw. eines bereits weit fortgeschrittenen Abbaus meiner geistigen Funktionen Nahrung oder Flüssigkeit nicht mehr selbst oder aber mit Hilfe Dritter, sondern nur noch in Form einer künstlichen Ernährung zu mir nehmen kann,
- weitere Situationen:

Laufweg Original	<input type="checkbox"/> Ablegen in Pflegedok BW	<input type="checkbox"/>
Verteiler Kopie	<input type="checkbox"/> Kopie an Angehörige, Hausarzt	
Legende: <input type="checkbox"/> Verantwortlich für das Erstellen und Verteilen der Kopien / <input type="checkbox"/> Verantwortlich für die Ablage der Dokumente / <input type="checkbox"/> Auswertung		

 <p>AZCH</p>	<p>Pflege</p> <p>7.1.1 Persönliche Verfügung</p>	<p>Version/Datum: V05/31.10.16 Geändert: LPFL Genehmigt: LAZCH 1. Ersteller: LAZCH Datum: 20.10.06 Vertapform: VLO Pflege</p>
--	---	--

möchte ich in jedem Fall eine fachgerechte Körperpflege, Pflege der Mundschleimhäute sowie Zuwendung. Insbesondere verlange ich, dass mir bei Schmerzen, Erstickungsängsten und Atemnot, Übelkeit, Angst sowie anderen qualvollen Zuständen und belastenden Symptome Medikamente verabreicht werden, die mich von Schmerzen und grösseren Belastungen befreien, selbst wenn dadurch mein Tod voraussichtlich früher eintreten wird.

Ich bitte meine Ärzte, Angehörige und Pflegefachpersonen mir dabei beizustehen und auf die Einleitung oder Aufrechterhaltung medizinischer Massnahmen, die allein der Lebensverlängerung oder -erhaltung dienen, zu verzichten.

Daher bestimme ich für den Fall, dass ich mich in einer der von mir benannten Lebens- und Behandlungssituationen befinde, dass

- mir keine lebenserhaltenden oder –verlängernden Medikamente verabreicht werden. Die Gabe von Medikamenten zur Linderung von Schmerzen und Beschwerden verlange ich auch dann, wenn diese u. U. meine Lebenszeit verkürzen,
- keine Wiederbelebungsmaßnahmen eingeleitet werden (REA nein),
- ich nicht künstlich beatmet werde, verlange aber in diesem Fall Medikamente zur Linderung der Luftnot zu erhalten und zwar auch, wenn diese meine Lebenszeit verkürzen,
- ich keine künstliche Ernährung erhalte.

Für den Fall, dass in der von mir beschriebenen Lebens- und Behandlungssituation eine der vorgenannten Massnahmen bereits eingeleitet worden sein sollte, widerrufe ich meine Einwilligung in die Aufrechterhaltung dieser Massnahme und verlange deren Einstellung.

Ich gebe diese Erklärung nach sorgfältiger Überlegung und in der vollen Verantwortung für mich selbst ab. Die Bedeutung und Tragweite meiner Erklärung ist mir bewusst, insbesondere ist mir bekannt, dass diese Verfügung meine Ärzte, Betreuungspersonen oder Bevollmächtigte bindet. Mir ist auch klar, dass meine Entscheidung in einer der o.g. Lebens- und Behandlungssituationen die benannten ärztlichen Massnahmen abzulehnen, dazu führen kann, dass meine Lebenszeit verkürzt wird.

Laufweg Original	☒ Ablegen in Pflegedok BW	📁
Verteiler Kopie	Kopie an Angehörige, Hausarzt	
Legende: ☒ Verantwortlich für das Erstellen und Verteilen der Kopien / 📁 Verantwortlich für die Ablage der Dokumente / ⚡ Auswertung		



AZCH

Pflege
7.1.1 Persönliche Verfügung

Version/Datum: V05/31.10.16
Geändert: LPFL
Genehmigt: LAZCH
1. Ersteller: LAZCH
Datum: 20.10.06
Vertpapform: VLO Pflege

Meine Wünsche bezüglich Pflege und Betreuung insbesondere während der Sterbephase

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

Meine Wünsche zur religiösen Begleitung:

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

Meine Wünsche nach dem Tod:

Was möchte ich anziehen

.....

Wie möchte ich bestattet werden

.....

Die persönliche Verfügung ist alle 2 Jahre zu überprüfen, sofern ich zu diesem Zeitpunkt urteilsfähig bin.

Andernfalls gelten meine schriftlichen Angaben des letzten Datums.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Laufweg Original	<input type="checkbox"/> Ablegen in Pflegedok BW	<input type="checkbox"/>
Verteiler Kopie	Kopie an Angehörige, Hausarzt	
Legende: <input type="checkbox"/> Verantwortlich für das Erstellen und Verteilen der Kopien / <input type="checkbox"/> Verantwortlich für die Ablage der Dokumente / <input type="checkbox"/> Auswertung		

 AZCH	Pflege 7.1.1 Persönliche Verfügung	Version/Datum: V05/31.10.16 Geändert: LPFL Genehmigt: LAZCH 1. Ersteller: LAZCH Datum: 20.10.06 Vertpapform: VLO Pflege
--	---	--

Ich habe diese Verfügung mit folgenden Personen besprochen, welche bestätigen können, dass ich zu diesem Zeitpunkt nach deren Wahrnehmung urteilsfähig war und der Inhalt meinem Willen entspricht:

Name _____ Vorname _____

Funktion _____ Adresse _____

Unterschrift _____

Name _____ Vorname _____

Funktion _____ Adresse _____

Unterschrift _____

Folgende Personen dürfen über meinen Gesundheitszustand informiert werden:

Name _____ Vorname _____

Funktion _____ Adresse _____

Name _____ Vorname _____

Funktion _____ Adresse _____

Folgende Person oder deren Vertretung verfügt über eine gesonderte Vorsorgevollmacht, welche auch die Umsetzung dieser Patientenverfügung erfasst:

Name _____ Vorname _____

Funktion _____ Adresse _____

Laufweg Original	☒ Ablegen in Pflegedok BW	📁
Verteiler Kopie	Kopie an Angehörige, Hausarzt	
Legende: ☒ Verantwortlich für das Erstellen und Verteilen der Kopien / 📁 Verantwortlich für die Ablage der Dokumente / ⚙️ Auswertung		

 AZCH	Pflege 7.1.1 Persönliche Verfügung	Version/Datum: V05/31.10.16 Geändert: LPFL Genehmigt: LAZCH 1. Ersteller: LAZCH Datum: 20.10.06 Vertapform: VLO Pflege
--	---	---

Vertretung

Name _____ Vorname _____

Funktion _____ Adresse _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Zur späteren Bestätigung der Verfügung:

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner persönlichen Verfügung überprüft habe und sich mein Wille nicht verändert hat:

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Laufweg Original	☒ Ablegen in Pflegedok BW	📁
Verteiler Kopie	Kopie an Angehörige, Hausarzt	
Legende: ☒ Verantwortlich für das Erstellen und Verteilen der Kopien / 📁 Verantwortlich für die Ablage der Dokumente / ⚙️ Auswertung		