



Parkinson Service

PATIENTENVERFÜGUNG

«Human Dokument» für parkinsonbetroffene Menschen

Mein rechtsverbindlicher Wille und meine Wünsche im Hinblick auf medizinische Behandlung, Betreuung, Sterben und Tod

Erstellt von (Name/Vorname):

Dialog Ethik

DIALOG ETHIK ist eine unabhängige Non-Profit-Organisation. Das interdisziplinäre Team von Fachpersonen widmet sich der Frage nach dem bestmöglichen Handeln und Entscheiden im Gesundheits- und Sozialwesen. Spezialisiert ist das Institut auf den Wissenstransfer von der Wissenschaft in die Praxis und umgekehrt. Dialog Ethik unterstützt Fachpersonen, Patienten, Spitäler, Alters- und Pflegeheime und weitere Organisationen. Ausserdem fördert Dialog Ethik öffentliche Diskussionen und Debatten zu ethischen Fragen. Die Patientenverfügung ist ein Entscheidungsinstrument einerseits zum Wohle der Patienten und andererseits zur Entlastung der Angehörigen und des Personals.

HERAUSGEBER

Dialog Ethik
Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen
Schaffhauserstrasse 418
8050 Zürich
Tel. 044 252 42 01
Fax 044 252 42 13
info@dialog-ethik.ch
www.dialog-ethik.ch
Spenden: PC-Konto 85-291588-7 IBAN CH61 0070 01115 5001 9992 2

Parkinson Schweiz

Parkinson Schweiz ist die landesweit tätige Fachorganisation im Dienste der Patienten und ihrer Angehörigen. Sie wurde 1985 von Neurologen gegründet und hat mehr als 5500 Mitglieder. Parkinson Schweiz ist unabhängig, politisch und konfessionell neutral, gemeinnützig und von der Stiftung ZEW0 zertifiziert. Parkinson Schweiz finanziert sich über Mitgliederbeiträge, Spenden, Gelder der öffentlichen Hand und Sponsoring. Neben der Geschäftsstelle in Egg ZH unterhält die Vereinigung zwei Regionalbüros in der Romandie und im Tessin.

Parkinson Schweiz informiert, unterstützt, berät und begleitet die rund 15000 Betroffenen in der Schweiz mit dem Ziel, dass diese trotz ihrer Erkrankung eine möglichst hohe Lebensqualität erlangen können. Als Fachstelle für Parkinson sind wir dabei ein verlässlicher Partner für alle Betroffenen. Aus dem Verständnis heraus, dass eine effiziente Unterstützung der Patienten nur möglich ist, wenn auch ihr soziales Umfeld miteinbezogen wird, verstehen wir uns gleichzeitig als zentrale Anlaufstelle für Fachpersonen und die Öffentlichkeit.

Parkinson Schweiz informiert Betroffene, Angehörige und Fachpersonen mit Broschüren, Ratgebern, der Website www.parkinson.ch sowie dem Magazin PARKINSON und berät neutral in allen Fragen zur Krankheit, zu Sozialversicherungen, Alltagsbewältigung, Therapie und Pflege. Für medizinische Fragen betreibt die Vereinigung gemeinsam mit Neurologen die Gratis-Hotline PARKINFON 0800 80 30 20. Überdies begleitet und finanziert sie landesweit mehr als 70 Selbsthilfegruppen, fördert Projekte in der Parkinsonforschung und führt Weiterbildungen für Fachpersonen aus Medizin, Therapie und Pflege durch.

AUTORINNEN UND AUTOREN

- **Lic. phil. Daniela Ritzenthaler-Spielmann**, wissenschaftliche Mitarbeiterin Patientenverfügung, Institut Dialog Ethik, Zürich
- **Lic. phil. Patrizia Kalbermatten-Casarotti**, MAS, wissenschaftliche Mitarbeiterin Patientenverfügung, Institut Dialog Ethik, Zürich
- **PD Dr. med. Christoph Cottier**, ehem. Chefarzt Regionalspital Emmental, Burgdorf
- **Hildegard Huber**, MAS, Pflegeexpertin Spital Uster
- **Dr. Markus Breuer**, Leiter Fachbereich Bildung, Institut Dialog Ethik, Zürich
- **Dr. med. Franz Michel**, FMH Innere Medizin, spez. Pneumologie, Schweizer Paraplegiker-Zentrum, Nottwil
- **Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle**, Leiterin Institut Dialog Ethik, Zürich

FACHLEKTORAT (in alphabetischer Reihenfolge)

- **Dr. med. Fabio Baronti**, ehemaliger Chefarzt und medizinischer Direktor des Parkinsonzentrums der Klinik Bethesda in Tschugg BE, Vizepräsident von Parkinson Schweiz
- **Pfr. Ulrich Bosshard**, Leitung Abteilung Seelsorge, Evangelisch-reformierte Landeskirche des Kantons Zürich
- **Anja Bremi**, Schweizerischer Verband für Seniorenfragen, Reinach
- **Oswaldo Casoni**, Angehöriger einer Parkinsonpatientin und ehemaliges Mitglied des Vorstandes von Parkinson Schweiz
- **Lic. iur. Jürg Gassmann**, Rechtsanwalt, Winterthur
- **Prof. Dr. med. Andreas U. Gerber**, MAS, ehem. Chefarzt für Innere Medizin Spitalzentrum Biel/Bienne, Einzelmitglied SAMW, Burgdorf
- **Pfr. Dieter Graf**, Leitender Pfarrer Seelsorgebereich am Universitätsspital Zürich
- **Pfr. Daniela Jerusalem-Stucki**, leitende Pfarrerin Seelsorgebereich Pflegezentren, Evangelisch-reformierte Landeskirche des Kantons Zürich
- **Dr. med. Bruno Regli**, stellvertretender Chefarzt an der Universitätsklinik für Intensivmedizin, Inselspital, Bern
- **Dr. Jörg Rothweiler**, Leiter Kommunikation von Parkinson Schweiz
- **Prof. Dr. med. Reto Stocker**, Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Leiter Institut für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Klinik Hirslanden, Zürich
- **Prof. Dr. med. Mathias Sturzenegger**, Leitender Arzt der Neurologischen Universitätsklinik am Inselspital Bern sowie Mitglied des Vorstandes und des Fachlichen Beirates von Parkinson Schweiz
- **Doris Wieland**, Pflegefachfrau, Parkinsonbetroffene und Mitglied des Vorstandes von Parkinson Schweiz

Inhaltsverzeichnis

6	Leitgedanke dieser Patientenverfügung
7	Selbstdeklaration
8	1. Personalien
9	2. Vertretungsberechtigte Personen
12	3. Unerwünschte Personen
13	4. Ziel der medizinischen Behandlung und Betreuung
14	5. Medizinische Anordnungen
14	5.1. Linderung von Schmerzen und Unruhe
15	5.2. Ernährung
17	5.3. Künstliche Beatmung
18	5.4. Lebenserhaltende Massnahmen
20	5.5. Einweisung in ein Spital bei schwerer Pflegebedürftigkeit
21	6. Teilnahme an Forschungsprojekten im urteilsunfähigen Zustand
22	7. Seelsorgerische Betreuung und Sterbebegleitung
22	7.1. Seelsorgerische Betreuung während eines Spital- oder Heimaufenthalts
23	7.2. Sterbebegleitung
24	7.3. Religiöse Handlungen kurz vor oder nach dem Tod
25	8. Sterbeort
26	9. Spende von Organen, Geweben und Zellen
26	9.1. Organspende bei Tod infolge einer Schädigung des Hirns
26	9.2. Organspende bei Tod nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand
27	10. Wünsche nach meinem Tod
27	10.1. Autopsie zur Feststellung der Todesursache
27	10.2. Körperspende an ein anatomisches Institut
28	10.3. Einsichtnahme in die Patientendokumentation nach meinem Tod
28	10.4. Verwendung meiner Patientendokumentation für Forschungszwecke
29	10.5. Bestattung und Abdankung
30	11. Datierung und Unterzeichnung
31	Aktualisierung der Patientenverfügung

Leitgedanke dieser Patientenverfügung

Sinn und Zweck dieser Patientenverfügung ist die Umsetzung der Behandlungswünsche des Patienten¹ für den Fall, dass dieser seinen Willen nicht mehr äussern kann. Dadurch wird einerseits das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung gestärkt, andererseits entlasten die Anordnungen dieser Patientenverfügung die vertretungsberechtigten Personen und das Behandlungsteam. Diese erfahren in diesem Dokument, wie im Sinne des Patienten entschieden und gehandelt werden soll.

Diese Patientenverfügung möchte den Dialog zwischen Patienten, vertretungsberechtigten Personen und Behandlungsteam unterstützen. Darüber hinaus soll sie zur Förderung einer partnerschaftlichen Gesprächs- und Entscheidungskultur in der konkreten Anwendungssituation beitragen.

Im Verlauf der Parkinsonerkrankung kann es zu einer Urteilsunfähigkeit kommen. Diese Patientenverfügung nimmt klinische Situationen und Entscheidungen, die im Verlauf der Parkinsonerkrankung häufig auftreten, vorweg.

Wichtiger Hinweis

Die zu dieser Patientenverfügung gehörende Wegleitung enthält wichtige Informationen für mögliche Anwendungssituationen und konkrete Anweisungen, wie das Dokument ausgefüllt werden kann.

Bleiben dennoch Fragen offen, steht das Team von Dialog Ethik Ihnen – und im Anwendungsfall auch dem Behandlungsteam und den vertretungsberechtigten Personen – unter der Telefonnummer 0900 418 814 zur Verfügung².

Weitere Informationen zum Beratungsangebot von Dialog Ethik finden Sie auf Seite 28 der Wegleitung zu dieser Patientenverfügung sowie unter www.dialog-ethik.ch.

¹ Zugunsten einfacherer Lesbarkeit wird in der vorliegenden Patientenverfügung für alle geschlechterspezifischen Begriffe wie z. B. «Ärztin/Arzt», «Angehörige/Angehöriger», «Patientin/Patient» etc. generell immer die männliche Form verwendet. Wir bitten alle Leserinnen hierfür um Verständnis. Besten Dank!

² Dialog Ethik ist eine gemeinnützige, nicht gewinnorientierte Organisation. Zur Deckung der Unkosten wird für die Benützung dieser Dienstleistung ein Betrag von CHF 2.– pro Minute (aus dem Schweizer Festnetz) belastet.

Selbstdeklaration

Diese Patientenverfügung habe ich nach reiflicher Überlegung und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, also im Zustand der Urteilsfähigkeit, verfasst.

Sie gilt für den Fall, dass ich einmal nicht mehr in der Lage sein sollte, die Entscheidungen über meine medizinische Behandlung und Betreuung zu treffen und meinen diesbezüglichen Willen mitzuteilen. Damit nehme ich mein Recht wahr, meinen rechtsverbindlichen Willen an die Adresse der Ärzte, der Pflegefachpersonen sowie an vertretungsberechtigte Personen gemäss Art. 370 und 372 ZGB zu äussern.

Aufgrund meiner Parkinsonerkrankung ist das Risiko einer verlangsamten Urteils- und Kommunikationsfähigkeit respektive einer vorübergehenden oder dauernden Urteils- und Kommunikationsunfähigkeit erhöht. In diesem Fall müssen für mich wichtige Entscheidungen von anderen Menschen getroffen werden.

Auch wenn die Wahrscheinlichkeit einer verlangsamten Urteils- und Kommunikationsfähigkeit respektive einer vorübergehenden oder dauernden Urteils- und Kommunikationsunfähigkeit bei einer Parkinsonerkrankung relativ gering ist, beschäftige ich mich im Voraus mit diesen Fragen und treffe die in dieser Patientenverfügung festgehaltenen Anordnungen.

Diese Anordnungen gelten auch für andere, nicht durch meine Parkinsonerkrankung bedingte Situationen infolge eines Unfalls oder einer anderen Erkrankung, welche ebenfalls eine verlangsamte Urteils- und Kommunikationsfähigkeit respektive eine vorübergehende oder dauernde Urteils- und Kommunikationsunfähigkeit zur Folge haben.

Mir ist bewusst, dass bei einem Verzicht auf bestimmte medizinische und pflegerische Massnahmen mein Sterbeprozess beschleunigt werden könnte. Bei einem Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen gehe ich dennoch stets davon aus, nach den Grundsätzen der Palliative Care betreut und gepflegt zu werden (siehe z. B. www.samw.ch.de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html).

Mir ist ebenfalls bewusst, dass ich nur jene medizinischen und pflegerischen Massnahmen einfordern kann, die nach den Regeln der medizinischen respektive der pflegerischen Kunst angemessen sind. Für eine liebevolle und sorgfältige Betreuung, in der ich als ganzer Mensch wahrgenommen werde, bin ich dem medizinischen und pflegerischen Personal dankbar.

Meine Initialen:

1. Personalien

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 7

Vorname

Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Tel. Privat

Handy

Tel. Geschäft

E-Mail

Geburtsdatum

Bürgerort/Kanton

Religion/Konfession

Meine Initialen:

2. Vertretungsberechtigte Personen

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 8

Gemäss Art. 378 ZGB sind folgende Personen der aufgeführten Reihenfolge nach berechtigt, einen urteilsunfähigen Patienten bei einer Entscheidung über medizinische Massnahmen zu vertreten:

- die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person
- der Beistand mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen
- wer als Ehegatte oder eingetragener Partner einen gemeinsamen Haushalt mit der urteilsunfähigen Person führt oder ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet
- die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt*
- die Nachkommen*
- die Eltern*
- die Geschwister*

* wenn sie dem urteilsunfähigen Patienten einen regelmässigen Beistand leistet resp. leisten.

Im Sinn der oben erwähnten Regelung ernenne ich als meine vertretungsberechtigte Person:

Vorname

Name

.....

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

.....

Tel. Privat

Handy

.....

Tel. Geschäft

E-Mail

.....

Geburtsdatum

Bürgerort/Kanton

.....

Art der Beziehung

.....

Meine Initialen:

Meine vertretungsberechtigte Person trifft im Fall meiner Urteilsunfähigkeit stellvertretend für mich medizinische und pflegerische Entscheide.

MEINE VERTRETUNGSBERECHTIGTE PERSON ...

- ... erhält Informationen über meinen gesundheitlichen Zustand und über die Prognose zum weiteren Verlauf der Erkrankung.
- ... wird bei der Erstellung des Behandlungs- und Betreuungsplans beigezogen.
- ... setzt meinen in dieser Patientenverfügung festgelegten Willen durch.
- ... ist berechtigt, mich zu vertreten und für die vorgesehenen medizinischen Massnahmen die Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern. In medizinischen und pflegerischen Fragen, die diese Patientenverfügung nicht abdeckt, entscheidet meine vertretungsberechtigte Person an meiner Stelle im Sinne meiner Patientenverfügung und gemäss meinem mutmasslichen Willen (wie im Gesetz vorgesehen, Art. 378 ZGB Abs. 3).
- ... ist befugt, über die Zustimmung zu einer allfälligen Entnahme von Organen, Geweben oder Zellen zu entscheiden, unter Vorbehalt meiner Anordnungen unter Ziffer 9 (Seite 26) dieser Patientenverfügung.

Kann meine auf Seite 9 dieser Patientenverfügung ernannte vertretungsberechtigte Person ihre Funktion nicht ausüben, sind folgende Personen der aufgeführten Reihenfolge nach berechtigt, ihre Rolle zu übernehmen:

Vorname Name

Strasse/Nr. PLZ/Ort

Tel. Privat Handy

Tel. Geschäft E-Mail

Geburtsdatum Bürgerort/Kanton

Art der Beziehung

Meine Initialen:

Vorname Name

Strasse/Nr. PLZ/Ort

Tel. Privat Handy

Tel. Geschäft E-Mail

Geburtsdatum Bürgerort/Kanton

Art der Beziehung

- Ich habe diese Patientenverfügung mit der/den oben bezeichneten vertretungsberechtigten Person/Personen besprochen.
- Ich habe keine vertretungsberechtigte Person bezeichnet und möchte, dass meine Angehörigen dieses Recht ausüben (wie im Gesetz vorgesehen, Art. 378 ZGB).
- Ich habe keine vertretungsberechtigte Person bezeichnet und möchte nicht, dass meine Angehörigen (wie im Gesetz vorgesehen) dieses Recht ausüben. Mir ist bewusst, dass die Erwachsenenschutzbehörde voraussichtlich einen Beistand mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen bezeichnen wird, wenn über eine medizinische Behandlung zu entscheiden ist, zu der ich mich in der Patientenverfügung nicht geäussert habe.

Meine Initialen:

3. Unerwünschte Personen

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 9

Ich untersage, dass folgende Personen mich besuchen oder Informationen über meinen gesundheitlichen Zustand erhalten oder auf irgendeine Weise Einfluss nehmen dürfen:

Vorname Name

Strasse/Nr. PLZ/Ort

Art der Beziehung

Bemerkungen

Vorname Name

Strasse/Nr. PLZ/Ort

Art der Beziehung

Bemerkungen

Meine Initialen:

4. Ziel der medizinischen Behandlung und Betreuung

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 9

Mit der Formulierung eines Ziels der medizinischen Behandlung und Betreuung gebe ich an, in welchen Situationen alles medizinisch Machbare unternommen werden soll, um mich am Leben zu erhalten. Gleichzeitig gebe ich an, in welchen Situationen ich zwar die bestmögliche Beschwerdelinderung wünsche, es mir aber lieber ist, den Tod in Kauf zu nehmen, als durch medizinische Massnahmen mein Leben um jeden Preis zu verlängern.

Mit folgenden Einschränkungen kann ich mir vorstellen zu leben:

In folgenden Situationen wünsche ich, dass die medizinischen Massnahmen nicht mehr primär der Lebenserhaltung, sondern insbesondere der bestmöglichen Beschwerdelinderung dienen sollen:

Meine Initialen:

5. Medizinische Anordnungen

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 10

5.1. Linderung von Schmerzen und Unruhe

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 11

Ich möchte, dass meine Schmerzen und andere belastende Symptome nach den Erkenntnissen der modernen Palliative Care³ behandelt werden.

Im Fall von Schmerzen, Übelkeit, Angst und/oder Unruhe möchte ich ...

... dass Schmerz- und Beruhigungsmittel grosszügig dosiert werden. Dabei nehme ich auch eine allfällige Beeinträchtigung des Bewusstseins und/oder eine Verkürzung des Lebens in Kauf.

... dass Schmerz- und Beruhigungsmittel nur in solchen Mengen eingesetzt werden, dass mein Zustand erträglich bleibt. Es ist mir wichtig, so lange wie möglich bei Bewusstsein zu bleiben.

Besondere Anordnungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

³ Unter Palliative Care wird eine ganzheitliche Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren Krankheiten verstanden. Ziel der Palliative Care ist es, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen. Im Vordergrund steht eine optimale Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Atemnot, Übelkeit, Angst oder Verwirrung. Dabei werden auch soziale, seelisch-geistige sowie auf Wunsch auch religiös-spirituelle Aspekte berücksichtigt.

Meine Initialen:

5.2. Ernährung

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 12

Die natürliche Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit gehört zur Grundpflege. Trotzdem hat jeder Mensch die Freiheit, die Aufnahme von Nahrung und/oder Flüssigkeit zu verweigern – auch ausserhalb der Sterbephase. Bei einer Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsverweigerung ist stets sorgfältig abzuklären, ob diese eine bewusste Willensäusserung ist oder ob Schmerzen bei der Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsaufnahme, Schluckstörungen oder weitere Ursachen der Grund dafür sind. Der Verzicht auf Nahrungszusätze oder Sondennahrung bedeutet nicht, dass jemand nicht mehr ernährt werden möchte, sondern dass er nur seine gewohnte Ernährung weiterführen möchte.

5.2.1. Ernährung allgemein

- Ich möchte so lange wie möglich meine gewohnte Ernährungsweise beibehalten. Das Risiko, mich bei der normalen Aufnahme von Nahrung zu verschlucken und dadurch eine Lungenentzündung zu bekommen, nehme ich dabei bewusst in Kauf.

Im Fall einer Lungenentzündung in solchen Fällen möchte ich ...

- ... nicht wiederholt antibiotisch behandelt werden.
- ... immer wieder antibiotisch behandelt werden.
- Ich möchte, dass eine Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsverweigerung meinerseits vom Behandlungsteam akzeptiert wird.
- Ich möchte, dass mir Essen nur dann eingegeben wird, wenn ich aus motorischen Gründen dazu nicht mehr selbst in der Lage sein sollte und noch essen will.

5.2.2. Entscheidung über die Gabe von Nahrungszusätzen (z. B. Vitamine, Energy Drinks etc.)

- Ich lehne die Aufnahme von Nahrungszusätzen ab, selbst auf die Gefahr hin, dass in diesem Fall Mangelerscheinungen auftreten können.
- Ich möchte Nahrungszusätze zu mir nehmen, sofern dadurch Mangelerscheinungen vermieden werden können.

Meine Initialen:

5.2.3. Künstliche Ernährung

Bei der künstlichen Ernährung unterscheidet man zwischen der künstlichen Ernährung mit einer Magensonde (sogenannte «enterale» Ernährung) und der künstlichen Ernährung über Infusionen unter Umgehung des Magen-Darm-Traktes (sogenannte «parenterale» Ernährung).

5.2.3.1. Enterale Ernährung mit einer Magensonde

Für den Fall, dass ich auf natürlichem Wege keine ausreichende Menge Nahrung mehr zu mir nehmen kann ...

- ... lehne ich die enterale Ernährung mit einer Magen- oder Nasensonde auch ausserhalb der Sterbephase ab, selbst dann, wenn dadurch mein Sterbeprozess beschleunigt wird. Die Betreuung soll sich in dieser Situation auf die Mundpflege sowie die Schleimhautpflege beschränken.
- ... möchte ich ausserhalb der Sterbephase enteral mit einer Magen- oder Nasensonde ernährt werden.

5.2.3.2. Parenterale Ernährung über Infusionen

Für den Fall, dass ich auf natürlichem Wege keine ausreichende Menge Nahrung mehr zu mir nehmen kann ...

- ... lehne ich die parenterale Ernährung mit Infusionen auch ausserhalb der Sterbephase ab, selbst dann, wenn dadurch mein Sterbeprozess beschleunigt wird. Die Betreuung soll sich in dieser Situation auf die Mundpflege sowie die Schleimhautpflege beschränken.
- ... möchte ich ausserhalb der Sterbephase parenteral mit Infusionen ernährt werden.

Besondere Anordnungen:

.....

.....

.....

.....

Meine Initialen:

5.3. Künstliche Beatmung

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 15

Nachfolgend sind jene Situationen aufgelistet, die in der Praxis immer wieder schwierige Entscheidungen erfordern. Falls ich mich in einer der nachfolgend aufgeführten Situationen befinden sollte, erwarte ich vom Behandlungsteam folgendes Verhalten:

Für den Fall einer Akutsituation und wenn sich bei mir bereits schwere körperliche und/oder geistige Einschränkungen eingestellt haben ...

- ... lehne ich eine maschinelle Atemunterstützung ab. Atemnot soll stattdessen mit optimalen palliativen Massnahmen (Gabe von Medikamenten und Sauerstoff) wirksam bekämpft werden.
- ... möchte ich eine maschinelle Atemunterstützung mittels einer Maske, Intubation oder eines Luftröhrenschnittes im Rahmen des Behandlungsplans.

In unmittelbarer Todesnähe, wenn absehbar ist, dass der Tod eintreten wird ...

- ... lehne ich eine maschinelle Atemunterstützung ab. Atemnot soll stattdessen mit optimalen palliativen Massnahmen (Gabe von Medikamenten und Sauerstoff) wirksam bekämpft werden.
- ... möchte ich eine maschinelle Atemunterstützung mittels einer Maske, Intubation oder eines Luftröhrenschnittes im Rahmen des Behandlungsplans.

Besondere Anordnungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Meine Initialen:

5.4. Lebenserhaltende Massnahmen

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 17

Falls ich mich in einer der nachfolgend angeführten Situationen befinden sollte, erwarte ich vom Behandlungsteam folgendes Verhalten (reichen in einer konkreten Entscheidungssituation die Anordnungen in dieser Patientenverfügung für einen Entscheid nicht aus, ist meine vertretungsberechtigte Person befugt, gemäss meinem mutmasslichen Willen den vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen zuzustimmen oder diese abzulehnen):

Für den Fall, dass sich im Verlauf meiner fortschreitenden Erkrankung bereits schwere körperliche und/oder geistige Einschränkungen eingestellt haben (selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist) ...

- ... lehne ich lebenserhaltende Massnahmen (inkl. Reanimationsversuche) ab. Stattdessen wünsche ich eine Behandlung nach den Erkenntnissen der modernen Palliative Care.
- ... möchte ich, dass lebenserhaltende Massnahmen im Rahmen des Behandlungsplans ausgeschöpft werden, um mich am Leben zu erhalten.

Für den Fall einer dauerhaften Urteilsunfähigkeit (durch Unfall oder Krankheit, z. B. Hirnschlag) und bei nur ganz geringer Aussicht, mit anderen Menschen je wieder verbal oder nonverbal kommunizieren zu können (selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist) ...

- ... lehne ich lebenserhaltende Massnahmen (inkl. Reanimationsversuche) ab. Stattdessen wünsche ich eine Behandlung nach den Erkenntnissen der modernen Palliative Care.
- ... möchte ich, dass lebenserhaltende Massnahmen im Rahmen des Behandlungsplans ausgeschöpft werden, um mich am Leben zu erhalten.

Für den Fall einer intensivmedizinischen Betreuung mit schlechter Langzeitperspektive (auch dann, wenn eine kurzzeitige Besserung möglich ist) ...

- ... lehne ich lebenserhaltende Massnahmen (inkl. Reanimationsversuche) ab. Stattdessen wünsche ich eine Behandlung nach den Erkenntnissen der modernen Palliative Care.
- ... möchte ich, dass lebenserhaltende Massnahmen im Rahmen des Behandlungsplans ausgeschöpft werden, um mich am Leben zu erhalten.

Meine Initialen:

In unmittelbarer Todesnähe, wenn absehbar ist, dass der Tod eintreten wird...

- ... lehne ich lebenserhaltende Massnahmen (inkl. Reanimationsversuche) ab. Stattdessen wünsche ich eine Behandlung nach den Erkenntnissen der modernen Palliative Care.

- ... möchte ich, dass lebenserhaltende Massnahmen im Rahmen des Behandlungsplans ausgeschöpft werden, um mich am Leben zu erhalten.

Besondere Anordnungen:

Meine Initialen:

5.5. Einweisung in ein Spital bei schwerer Pflegebedürftigkeit

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 18

Für den Fall, dass ich aufgrund meiner Parkinsonerkrankung oder aus einem anderen Grund dauerhaft bettlägerig und/oder bei den Aktivitäten des täglichen Lebens⁴ auf fremde Hilfe angewiesen und urteilsunfähig werden sollte, möchte ich bei einer weiteren Verschlechterung meines gesundheitlichen Zustandes ...

- ... keine Einweisung in ein Spital. Mir ist bewusst, dass dies bedingt, dass die Grundbedürfnisse nach Pflege am aktuellen Ort abgedeckt werden können.
- ... eine Einweisung in ein Spital nur, wenn dadurch die Aussicht auf Verbesserung eines Akut-Zustandes (z. B. Schmerzen etc.) besteht.
- ... eine Einweisung in ein Spital.

Besondere Anordnungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Meine Initialen:

⁴ Zum Beispiel bei der Körperpflege, beim An- und Ausziehen der Kleider, beim Zubereiten von Mahlzeiten, beim Essen, bei der Haushaltsführung etc.

6. Teilnahme an Forschungsprojekten im urteilsunfähigen Zustand

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 19

- Ich lehne im Falle einer Urteilsunfähigkeit die Teilnahme an Forschungsprojekten im Zusammenhang mit der Parkinsonerkrankung ab.
- Ich bin bereit, im Fall einer Urteilsunfähigkeit an **Forschungsprojekten nur im Zusammenhang mit der Parkinsonerkrankung** teilzunehmen, sofern diese nicht an urteilsfähigen Betroffenen durchgeführt werden können und sofern die möglichen Risiken und Belastungen minimal sind.
- Ich bin bereit, im Fall einer Urteilsunfähigkeit **generell an Forschungsprojekten** teilzunehmen, sofern diese nicht an urteilsfähigen Betroffenen durchgeführt werden können und sofern die möglichen Risiken und Belastungen minimal sind.

Besondere Anordnungen:

Meine Initialen:

7. Seelsorgerische Betreuung und Sterbebegleitung

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 19

7.1. Seelsorgerische Betreuung während eines Spital- oder Heimaufenthalts

- Während eines Spital- oder Heimaufenthalts möchte ich von folgendem Seelsorger betreut werden:

Vorname Name

.....

Adresse PLZ/Ort

.....

Tel. Privat Handy

.....

Tel. Geschäft E-Mail

.....

Eventuelle Verabredungen:

.....

.....

.....

- Ich habe keinen persönlichen Seelsorger und nehme den Dienst der Spital- oder Heimseelsorge in Anspruch.

- Ich verzichte ausdrücklich darauf, den Dienst eines Seelsorgers in Anspruch zu nehmen.

Meine Initialen:

7.2. Sterbebegleitung

- Wenn sich mein Leben seinem Ende nähert, möchte ich von folgendem Seelsorger begleitet werden:

Vorname Name

Adresse PLZ/Ort

Tel. Privat Handy

Tel. Geschäft E-Mail

Eventuelle Verabredungen:

- Ich habe keinen persönlichen Seelsorger und nehme den Dienst der Spital- oder Heimseelsorge in Anspruch.
- Ich verzichte ausdrücklich darauf, von einem Seelsorger begleitet zu werden.
- Anstelle einer religiösen Sterbebegleitung möchte ich von folgender Person begleitet werden:

Vorname Name

Adresse PLZ/Ort

Tel. Privat Handy

Tel. Geschäft E-Mail

Eventuelle Verabredungen:

Meine Initialen:

9. Spende von Organen, Geweben und Zellen

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 20

9.1. Organspende bei Tod infolge einer Schädigung des Hirns

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 21

- Ich lehne jede Organ-, Gewebe- und Zellspende bei Tod infolge einer Schädigung des Hirns ab.
- Für den Fall meines Todes aufgrund einer Schädigung des Hirns stimme ich der Entnahme und Spende folgender Organe, Gewebe und/oder Zellen zu (Zutreffendes habe ich angekreuzt):
- | | | |
|---------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Lungen | <input type="checkbox"/> Leber |
| <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Dünndarm | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse (Pankreas) |
| <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Augenhornhaut (Cornea) | <input type="checkbox"/> weitere Gewebe und Zellen |

Mir ist bewusst, dass ich mit dieser Einwilligung auch jenen medizinischen Massnahmen zustimme, die notwendig sind, um die Funktion der von mir zur Spende freigegebenen Organe zu erhalten (z. B. Fortführung der begonnenen Therapie trotz aussichtsloser Prognose, Verabreichung von Medikamenten zur Erhaltung der Herz-Kreislauf-Funktion, Blutentnahmen zur Steuerung der Behandlung etc.).

9.2. Organspende bei Tod nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 22

- Ich lehne jede Organ-, Gewebe- und Zellspende bei Tod nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand ab.
- Für den Fall meines Todes aufgrund eines Herz-Kreislauf-Stillstandes nach erfolgloser Reanimation oder nach dem Entscheid des Behandlungsteams, aussichtslos gewordene lebenserhaltende Massnahmen zu beenden, stimme ich der Entnahme und Spende folgender Organe, Gewebe und/oder Zellen zu (Zutreffendes habe ich angekreuzt):
- | | | |
|---------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Lungen | <input type="checkbox"/> Leber |
| <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Dünndarm | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse (Pankreas) |
| <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Augenhornhaut (Cornea) | <input type="checkbox"/> weitere Gewebe und Zellen |

Mir ist bewusst, dass ich mit dieser Einwilligung auch jenen medizinischen Massnahmen zustimme, die nötig sind, um die Funktion der von mir zur Spende freigegebenen Organe zu erhalten. Mir ist zudem bewusst, dass solche medizinischen Massnahmen teils bereits vor der Feststellung meines Todes durchgeführt werden müssen (z. B. Blutentnahmen und andere Untersuchungen, Injektion von Medikamenten, Herzmassage, Einlegen von Sonden, durch welche die Organe durchblutet und gekühlt werden etc.).

Meine Initialen:

10. Wünsche nach meinem Tod

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 23

10.1. Autopsie zur Feststellung der Todesursache

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 23

- Ich lehne eine Autopsie ab.
- Ich stimme einer Autopsie für die Zwecke der Lehre und/oder Forschung zu.

10.2. Körperspende an ein anatomisches Institut

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 23

Ich stelle meinen Körper nach meinem Tod ...

- ... nicht für die medizinische Forschung zur Verfügung.
- ... **nur in Bezug auf meine Parkinsonkrankheit für die medizinische Forschung** zur Verfügung und habe hierfür bei folgender Universität eine letztwillige Verfügung unterzeichnet:

Name der Universität:

.....

.....

.....

- ... **uneingeschränkt für die medizinische Forschung** zur Verfügung und habe hierfür bei folgender Universität eine letztwillige Verfügung unterzeichnet:

Name der Universität:

.....

.....

.....

Meine Initialen:

.....

10.3. Einsichtnahme in die Patientendokumentation nach meinem Tod

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 23

Ich gestatte niemandem den Einblick in meine Patientendokumentation.

Ich gewähre folgenden Personen Einblick in meine Patientendokumentation:

Vorname _____ Name _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Vorname _____ Name _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

10.4. Verwendung meiner Patientendokumentation für Forschungszwecke

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 24

Meine Patientendokumentation ...

... darf nicht für Forschungszwecke verwendet werden.

... darf (unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen) für Forschungszwecke verwendet werden.

Meine Initialen:

10.5. Bestattung und Abdankung

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 24

ART DER BESTATTUNG

Ich möchte Kremation ... Erdbestattung

GRAB

Ich möchte ein konventionelles Reihengrab ... ein Familiengrab

... ein Gemeinschaftsgrab ... eine Urnennische

... an folgendem Ort begraben werden:

.....

... kein Grab

... eine andere Art der Bestattung, nämlich:

.....

ABDANKUNG

Ich möchte keine Abdankung

... eine Abdankung mit folgender Gestaltung:

.....

.....

Weitere Wünsche

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Meine Initialen:

11. Datierung und Unterzeichnung

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 24

- Die Anordnungen meiner Patientenverfügung gelten auch dann, wenn unvorhergesehene Vorkommnisse die Behandlung beeinträchtigt haben (wie z. B. im Falle eines Behandlungsfehlers).

Wichtig:

- Sie haben die Möglichkeit, auf der Versichertenkarte der obligatorischen Krankenkasse digital speichern zu lassen, dass Sie eine Patientenverfügung erstellt haben und wo diese hinterlegt ist.
- Die Erstellung einer Patientenverfügung ist freiwillig und Sie können Ihre Patientenverfügung jederzeit abändern oder widerrufen, solange Sie urteilsfähig sind.

Ort/Datum:

.....

Unterschrift:

.....

Meine Initialen:

PARKINSON SCHWEIZ

AUF EINEN BLICK

Parkinson Schweiz ist die einzige gesamtschweizerisch tätige Fachorganisation im Dienste der von der Parkinsonkrankheit betroffenen Mitmenschen. Die gemeinnützige, politisch und konfessionell neutrale und von der Stiftung ZEWO zertifizierte Vereinigung wurde 1985 gegründet und hat rund 5500 Mitglieder.

Parkinson Schweiz

- informiert die Betroffenen (Patienten und deren Angehörige), die Medien und die Öffentlichkeit mit dem Magazin PARKINSON und der Website www.parkinson.ch
- betreibt zusammen mit auf Parkinson spezialisierten Fachärzten die Gratis-Hotline «PARKINFON 0800 80 30 20», den direkten Draht zum Neurologen
- berät Betroffene und Fachpersonen
- vertritt die Interessen der Betroffenen gegenüber Behörden und Leistungserbringern
- fördert und begleitet landesweit mehr als 70 Selbsthilfegruppen
- organisiert Seminare, Kurse und Entlastungsferien für Betroffene
- finanziert und fördert Projekte in der Parkinsonforschung
- engagiert sich in der Aus- und Weiterbildung der Fachkräfte aus Medizin und Pflege
- kooperiert mit themenverwandten Organisationen im In- und Ausland.

INFO-TELEFON **043 277 20 77**

WEBSITE **WWW.PARKINSON.CH**

Parkinson Schweiz

Gewerbestrasse 12a
Postfach 123
CH-8132 Egg
Tel. 043 277 20 77
Fax 043 277 20 78
info@parkinson.ch

WIR BRAUCHEN SIE!

Unterstützen Sie unsere Arbeit mit Ihrer Spende:

Postkonto 80-7856-2

Herzlichen Dank!



Schweizerische Parkinsonvereinigung – Association suisse de la maladie de Parkinson – Associazione svizzera del morbo di Parkinson