

# Psychiatrische Patientenverfügung

## für den Fall meiner Urteilsunfähigkeit

### Personalien:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnadresse:

Krankenkasse:

### Inhalt:

Das Wichtigste beim Klinikeintritt.....	2
Therapien und andere Unterstützung .....	4
Medikamente .....	6
Umgang bei ernsthaften Gefährdungssituationen .....	8
Vertretungsperson .....	10
Auskunftspersonen und -institutionen.....	11
Personen und Institutionen, die Informationen erhalten dürfen .....	12
Erklärung zur Durchsetzung meiner Verfügung.....	13
Erklärung zur Gültigkeit meines Willens .....	13
Anhang zur aktuellen Medikation (ausserhalb der Klinik) .....	15
(eventuell): Spätere Bestätigung des Inhalts dieser PPV .....	16

### Hinweis zum Ausfüllen:

Es müssen nicht alle Vorgaben ausgefüllt werden, sondern nur das, was Ihnen wichtig ist!

# Das Wichtigste beim Klinikeintritt

**Zeichen der Urteilsunfähigkeit** (Was sind Hinweise für eine aussenstehende Person, dass ich bezüglich meiner Behandlung nicht mehr urteilsfähig bin)?:

---

**Unterstützung oder Schutz** während der Eintrittsphase bieten folgende Rahmenbedingungen/Hilfestellungen:

---

**Vermieden werden sollte:**

---

**Organisation zu Hause:**

---

- **Für wen und wofür dringend gesorgt werden muss**  
(Kinder - mit Jahrgang -, andere Angehörige, Tiere, Pflanzen):
  
- **Zutritt zur Wohnung/zum Haus** (Post, Rechnungen) nur durch:
  
- **Wohnungs-/Hausschlüssel** deponiert bei:

---

Datum:

Unterschrift:

2

**Vertretungsperson:** siehe Seite 10

**Andere Auskunftspersonen:** siehe Seite 11

Zusätzlich zur Vertretungsperson sind **so schnell wie möglich zu benachrichtigen**  
(hier nur Name angeben, Funktion und Adresse stehen auf den Seiten 11 und 12):

---

**Keine Informationen an** (Name, Beziehung):

---

**Kein Kontakt mit** (Name, Beziehung):

---

**Unbedingt zu beachten betreffend körperliche Erkrankungen**

(Relevante somatische Diagnosen, Diabetes, Abhängigkeitserkrankungen, Allergien,  
Medikamente, Hilfsmittel, Therapien):

---

Gibt es eine **Patientenverfügung betreffend körperliche Erkrankungen?**  
Wenn ja, **wo** ist sie hinterlegt?

---

**Psychiatrische Medikamente:** siehe Seiten 6-7

**Aktuelle Medikation:** siehe Seite 15

---

Datum:

Unterschrift:

3

## Therapien und andere Unterstützung

**Was ist mir im Leben wichtig? Wie ich meine psychische Erkrankung verstehe**  
(wenn gewünscht: Bezeichnung der Krankheit):

---

Meine **Behandlung** soll folgende **Behandlungsziele** beinhalten:

---

Folgende meiner **Fähigkeiten, Stärken und Talente** sollen in meine Behandlung  
einbezogen werden:

---

Was muss für mich **vor dem Klinikaustritt geklärt** und **organisiert** sein?

---

Datum:

Unterschrift:

4

## Delegation von Entscheiden

**Falls** eine Therapie (inkl. Medikamente) oder eine andere medizinisch/pflegerische Unterstützung notwendig erscheint, zu der ich auf Seite 5-7 weder eine Zustimmung gebe, noch sie ablehne, **überlasse ich es meiner Vertretungsperson**, an meiner Stelle zu diesen anderen Unterstützungen die Zustimmung oder Ablehnung zu erteilen (siehe Seite 10).

**Wenn es keine Vertretungsperson gibt,**

**überlasse ich es** dann **der zuständigen Ärztin/Arzt** in der Klinik, darüber im Sinne meiner persönlichen Einstellung (Seite 4 und 6 oben) zu entscheiden?

- Ja
- Nein, es sollen allein meine Zustimmungen und Ablehnungen auf Seite 5-7 gelten.

## Therapien/Unterstützung (ausserhalb der Medikamente)

Welche **Therapieangebote, Vorgehensweisen und Rahmenbedingungen** tun mir gut und ich erteile dafür **meine Zustimmung**? (wenn möglich mit Begründung):

---

Welche **Therapieangebote, Vorgehensweisen und Rahmenbedingungen** tun mir nicht gut und **lehne ich** deshalb **ab**? (wenn möglich mit Begründung):

---

# Medikamente

Meine persönliche Einstellung zu Medikamenten (Was ist mir wichtig? Erfahrungen):

**Für den Fall meiner Urteilsunfähigkeit gebe ich zu folgenden medikamentösen Therapien meine Zustimmung** (bisherige Medikation ausserhalb Klinik siehe Anhang):

Name Medikament	Gewünschte Verabreichungsform	Gewünschte Dosisverteilung über den Tag (Angabe in mg)				Max. Einzeldosis	Max. Dosis pro Tag
		morgens	mittags	abends	nachts		

Begründung und Bemerkungen:

Datum:

Unterschrift:

Folgende **Medikamente lehne ich ab:**

---

1.

Begründung:

2.

Begründung:

3.

Begründung:

Sollte ich trotz der akzeptierten Medikamente und Massnahmen meine Gesundheit oder das Leben/die körperliche Unversehrtheit anderer Menschen **ernsthaft gefährden**, bin ich zur Abwehr dieser Gefahr mit folgenden anderen oder höher dosierten Medikamenten **einverstanden** ★:

Name Medikament	Gewünschte Verabreichungsform	Gewünschte Dosisverteilung über den Tag (Angabe in mg)				Max. Einzeldosis	Max. Dosis pro Tag
		morgens	mittags	abends	nachts		

★ Mir ist bewusst, dass diese Angaben eventuell nicht berücksichtigt werden können. Dies ist mir von Gesetzes wegen schriftlich zu begründen, und ich kann es rechtlich überprüfen lassen.

Datum:

Unterschrift:

# Umgang bei ernsthaften Gefährdungssituationen

## **Zeichen einer ernsthaften Gefährdungssituation:**

(Was sind Zeichen, die darauf hinweisen, dass ich meine Gesundheit ernsthaft gefährde, oder die körperliche Unversehrtheit/das Leben anderer Menschen ernsthaft gefährde?)

---

Wie und womit kann eine **Zwangsmassnahme vermieden** werden?

---

**Lassen sich bei Urteilsunfähigkeit und ernsthafter Gefährdungssituation Zwangsmassnahmen wie Medikamente, Isolation oder Fixierung nicht vermeiden, so empfinde ich am wenigsten einschneidend: ★**

---

**1.**

Begründung:

Was sollte dabei beachtet werden (Zeitdauer, Kontakthäufigkeit, Kontaktpersonen, bei Isolation oder Fixierung zusätzlich beruhigende Medikamente oder nicht?):

**2.**

Begründung:

Was sollte dabei beachtet werden:

**3.**

Begründung:

Was sollte dabei beachtet werden:

★ Mir ist bewusst, dass diese Angaben eventuell nicht berücksichtigt werden können. Dies ist mir von Gesetzes wegen schriftlich zu begründen, und ich kann es rechtlich überprüfen lassen.

**Medikamente:** siehe Seite 7

**Ist die Zwangsmassnahme vorbei, ist mir wichtig:**

---

## Vertretungsperson

Hiermit ernenne ich die untenstehende Person zur Vertretungsperson. Sie ist **befugt**, während meiner Urteilsunfähigkeit **meine Angaben** in dieser Patientenverfügung **zu vertreten** und **bei offenen Fragen an meiner Stelle die Zustimmung oder Ablehnung zu erteilen**. Sie ist so schnell wie möglich über den Klinikeintritt zu informieren.

Name, Vorname:

Funktion/Beziehung:

Adresse:

Telefon tagsüber:

Telefon nachts:

Hat Recht auf alle mit dem **aktuellen Klinikaufenthalt** zusammenhängenden Informationen zu Gesundheitszustand, Behandlung, rechtlichen und sozialen Rahmenbedingungen (inkl. Aktenkopie). Entsprechende Entbindung von der Schweigepflicht

Hat **umfassendes** Informations- und Akteneinsichtsrecht (Entbindung von der Schweigepflicht)

### Ersatz

Für den Fall, dass die oben erwähnte Person ihre Aufgaben nicht erfüllen kann, ernenne ich die folgende Person zur Vertretungsperson mit denselben Rechten

Name, Vorname:

Funktion/Beziehung:

Adresse:

Telefon tagsüber:

Telefon nachts:

---

Datum:

Unterschrift:

10

## Auskunftspersonen und -institutionen

Folgende Fachpersonen, Kliniken, Angehörige oder nahen Personen haben Kenntnisse über mich und meine bisherigen Behandlungen und sollen/dürfen für Informationen (inkl. Aktenkopien) zu Krankheit und Behandlung zuhanden von ärztlichen, psychologischen und pflegerischen Fachpersonen angefragt werden (Entbindung von der Schweigepflicht).

- **Name, Vorname:**

Funktion:

Adresse:

Telefon tagsüber:

Telefon nachts:

- **Name, Vorname:**

Funktion:

Adresse:

Telefon tagsüber:

Telefon nachts:

- **Name, Vorname:**

Funktion:

Adresse:

Telefon tagsüber:

Telefon nachts:

Name, Vorname und Geburtsdatum der/s verfügenden Patientin/Patienten:

## Personen und Institutionen, die Informationen erhalten dürfen

Name, Vorname:

- Hat **umfassendes** Informationsrecht (Entbindung der Ärztinnen von der Schweigepflicht)

Beziehung/ Funktion:

**Oder nur:**

- Information über Klinikaufenthalt
- Allgemeine Umschreibung des Gesundheitszustandes
- Konkrete Diagnose
- Behandlungsart
- Voraussichtlicher Austritt
- Voraussichtlicher Beginn der (Teil)arbeitsfähigkeit

Adresse:

Telefon tagsüber:

Telefon nachts:

Name, Vorname:

- Hat **umfassendes** Informationsrecht (Entbindung der Ärztinnen von der Schweigepflicht)

Beziehung/ Funktion:

**Oder nur:**

- Information über Klinikaufenthalt
- Allgemeine Umschreibung des Gesundheitszustandes
- Konkrete Diagnose
- Behandlungsart
- Voraussichtlicher Austritt
- Voraussichtlicher Beginn der (Teil)arbeitsfähigkeit

Adresse:

Telefon tagsüber:

Telefon nachts:

Name, Vorname:

- Hat **umfassendes** Informationsrecht (Entbindung der Ärztinnen von der Schweigepflicht)

Beziehung/ Funktion:

**Oder nur:**

- Information über Klinikaufenthalt
- Allgemeine Umschreibung des Gesundheitszustandes
- Konkrete Diagnose
- Behandlungsart
- Voraussichtlicher Austritt
- Voraussichtlicher Beginn der (Teil)arbeitsfähigkeit

Adresse:

Telefon tagsüber:

Telefon nachts:

Datum:

Unterschrift:

12

## Erklärung zur Durchsetzung meiner Verfügung

Sollte ich mich während meiner Urteilsunfähigkeit dagegen wehren, dass mein in dieser Vorlage festgelegter Wille erfüllt wird, soll damit wie folgt umgegangen werden:

---

## Erklärung zur Gültigkeit meines Willens

Zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Patientenverfügung bin ich hinsichtlich meines hiermit erklärten Willens und dessen Folgen urteilsfähig.

(Freiwillige) **Bestätigung dieser Urteilsfähigkeit durch PsychiaterIn oder andere Fachperson:**

Ort und Datum:

Unterschrift und Adresse der bestätigenden PsychiaterIn oder Fachperson:



# Anhang zur aktuellen Medikation (ausserhalb der Klinik)

**Personalien:**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnadresse:

Krankenkasse:

**Psychiatrische Medikamente:**

Name Medikament	Verabreichungsform	Übliche Dosisverteilung über den Tag (Angabe in mg)				Max. Einzeldosis	Max. Dosis pro Tag
		morgens	mittags	abends	nachts		

Begründung und Bemerkungen:

**Somatische Medikamente:**

Name Medikament	Verabreichungsform	Übliche Dosisverteilung über den Tag (Angabe in mg)				Max. Einzeldosis	Max. Dosis pro Tag
		morgens	mittags	abends	nachts		

Begründung und Bemerkungen:

Datum:

Unterschrift: