

**Patientenverfügung Hof Obergrüt /
Mutmasslicher Wille des Gastes**

Wegleitung zum Ausfüllen

In dieser Patientenverfügung / Mutmasslicher Willenserklärung bestimmen Sie oder Ihre gesetzliche Vertretung zum Voraus, was geschehen soll, wenn Sie durch eine lebensbedrohliche Krise nicht mehr in der Lage sind, für sich selber Entscheidungen zu treffen. Sie beinhaltet ausschliesslich Informationen, die wir für Ihren Aufenthalt auf Hof Obergrüt benötigen. Wir können durch die Angaben Ihre Wünsche und Bedürfnisse berücksichtigen. Sie entlasten uns und Ihre Angehörigen, falsche Entscheidungen über Sie zu treffen. Ihre Selbstbestimmung wird gewahrt. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Patientenverfügung / Mutmasslicher Wille von:

Name, Vorname _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____

Heimatgemeinde _____

Religion / Konfession _____

Ausgefüllt durch

Name, Vorname _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Gesetzliche Vertretung

Name, Vorname _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Telefon / Natel Nummer _____

Bezugsperson

Name, Vorname _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Telefon / Natel Nummer _____

Hausarzt

Name, Vorname _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Diagnose

Lebensverlängernde Massnahmen

Gerate ich in eine lebensbedrohliche Krise, durch eine Krankheit oder einen Unfall, (Diagnose wurde von einem Arzt gestellt) die zum Tod führen könnte, wünsche ich folgendes:

Einweisung in ein Spital Ja O Nein O

Reanimation Ja O Nein O

Künstliche Beatmung Ja O Nein O

Künstliche Ernährung Ja O Nein O

Künstliche Flüssigkeitszufuhr mit Infusion oder Sonde Ja Nein

Diagnostische und therapeutische Massnahmen Ja Nein

Organspende

Nach meinem Hirntod dürfen mir Organe entnommen werden

Organspende Ja Nein

Besondere Anordnung: _____

Palliativ Pflege

In der Endphase meines Lebens verlange ich eine optimale Linderung von Schmerzen, Atemnot, Unruhe- und Angstzustände sowie Übelkeit auch wenn die Medikamente eine allfällige Beeinträchtigung des Bewusstseins oder eine Verkürzung des Lebens zur Folge hat.

Ja Nein

In der Endphase meines Lebens verlange ich eine Linderung von Schmerzen, Atemnot, Unruhe- und Angstzustände sowie Übelkeit um meinen Zustand erträglich zu gestalten. Ich wünsche einen minimalen Einsatz von Medikamenten.

Ja Nein

Besondere Anordnungen

Medikamentöse Therapie

Kreislaufunterstützende Medikamente Ja Nein

Antibiotika Ja Nein

Sterbebegleitung

Wenn ich im Sterben liege sollen folgende Personen benachrichtigt werden:

Name, Vorname _____

Adresse, PLZ / Ort _____

Telefon / Natel Nummer _____

Name, Vorname _____

Adresse, PLZ / Ort _____

Telefon / Natel Nummer _____

Folgende Personen haben keinen Zutritt zu meinem Krankenbett:

Name, Vorname _____

Adresse, PLZ / Ort _____

Telefon / Natel Nummer _____

Seelsorge

Ich wünsche eine religiöse Begleitung beim Sterben.

Ja Nein

Folgende Person soll mich begleiten:

Name, Vorname _____

Adresse, PLZ / Ort _____

Telefon / Natel Nummer _____

Seelische Arbeit für Menschen mit Demenz

Ich wünsche eine Begleitung auf der seelischen Ebene.

Ja Nein

Was mir sonst noch wichtig ist

Ort, Datum

Unterschrift Gast

Unterschrift gesetzliche Vertretung

Diese Patientenverfügung / Mutmasslicher Wille, ist nicht vollständig. Sie können sich mit weiteren Themen auseinander setzen: Vollmachten

- Nach dem Tod:**
- Sarg
 - Aufbahrung
 - Totenbekleidung
 - Todesanzeigen
 - Bestattung, Kremation oder Erdbestattung
 - Grab
 - Trauerfeier
 - Danksagung
 - Testament