

Patientenverfügung Pflegezentrum Spital Limmattal

Teil 1

Name..... Vorname.....

Geburtsdatum.....

Ich wünsche, dass Abklärungen und Behandlungen bei gesundheitlichen Störungen mit mir besprochen werden.

Wenn ich infolge Krankheit oder Unfall nicht mehr in der Lage sein sollte, selber über meine Zukunft zu entscheiden, soll mein nachstehend geäussertes Wille als verbindlich anerkannt und befolgt werden:

Zutreffendes ankreuzen

- Wenn mir eine akute Krankheit zustösst, deren medizinische Behandlung möglicherweise eine wesentliche Verbesserung meines Gesundheitszustandes bewirkt, möchte ich, dass man folgendes unternimmt, um mir zu helfen:
 - Behandlung im Pflegezentrum (z. B. Antibiotikatherapie)
 - Spitaleinweisung

- Wenn bei aussichtsloser Prognose oder im Endstadium einer Krankheit elementare Lebensfunktionen ausfallen oder lebensbedrohliche Komplikationen auftreten und mein Zustand von sich aus zum Tode führen wird, sind alle lebensverlängernden Massnahmen zu unterlassen.

In diesem Fall wünsche ich aber, dass alles unternommen wird, um mein Leiden zu lindern (z.B. Schmerzen, Atemnot, Durst usw.).

Zu den untenstehenden Punkten gebe ich folgenden Willen bekannt:

Eine künstliche Ernährung (durch Sonden oder Infusionen)

- wünsche ich lehne ich ab

Eine seelsorgliche, religiöse Begleitung durch den folgenden Seelsorger
wünsche ich:

- protestantisch katholisch andere keine

Meine zusätzlichen Wünsche:

Die Patientenverfügung kann jederzeit abgeändert oder widerrufen werden.

Das Original der Patientenverfügung bleibt in meinem Besitz.

Je eine Kopie dieser Patientenverfügung (Teil 1) ist in der Krankengeschichte und bei den obgenannten Personen meines Vertrauens.

Patientenverfügung Pflegezentrum Spital Limmattal

Teil 2

Name..... Vorname.....

Geburtsdatum.....

Ich bevollmächtige ausdrücklich die untenstehende(n) Person(en),

- über mich bei den Ärzten Auskünfte einzuholen
- und über medizinische Massnahmen und Eingriffe für mich die Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern:

1.Unterschrift:.....

2.Unterschrift:.....

Ort und Datum:

Unterschrift:

Diese Bevollmächtigung kann jederzeit abgeändert oder widerrufen werden.

Das Original der Bevollmächtigung bleibt in meinem Besitz.

Je eine Kopie dieser Bevollmächtigung (Teil 2) ist in der Krankengeschichte und bei den obgenannten Personen meines Vertrauens.

Aug. 2009, revidiert März 2013