



pro mente sana

An

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

Patientenverfügung

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnadresse:

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

Bestätigung durch Fachärztin/Facharzt

Datum:

Unterschrift des Facharztes/der Fachärztin

Ich bin über Massnahmen in der Psychiatrie in demjenigen Umfang unterrichtet, der mir für die Bildung meines nachstehenden Willens genügt. Dieser soll gelten ganz unabhängig davon, ob andere Personen oder ich selbst den Stand meiner Kenntnisse, auf deren Grundlagen ich meinen Willen gebildet habe, für ungenügend halten.

Zudem bin ich mir über die möglichen Konsequenzen meines hier geäußerten Willens (wie z.B. länger dauernder stationärer Aufenthalt in Folge Verweigerung von Neuroleptikas oder Elektrokrampftherapie) bewusst und nehme diese in Kauf.

Mein hiermit erklärter Wille gilt auch als mein mutmasslicher Wille im Falle des Verlustes der Urteilsfähigkeit bzw. Geschäftsfähigkeit.

Für folgende Behandlungen und/oder Massnahmen fehlt mein Einverständnis:

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

Sollten trotzdem derartige Behandlungen bzw. Massnahmen erfolgen, behalte ich mir weitere rechtliche Schritte vor.

Mit folgenden Behandlungen und/oder Massnahmen bin ich dagegen einverstanden:

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

Auch eine eventuelle Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit durch mich ist zu respektieren bis zu einem Körpergewicht vonkg.

Dabei sind laufende medizinische Untersuchungen der Vitalwerte wie Gewicht, Blutabnahme usw. zulässig. Sollte ich diese verweigern,

.....
.....

Abänderungen dieser Patientenverfügung durch mich können nur schriftlich erfolgen und erfordern zusätzlich, dass nachstehende Vertrauensperson bestätigt, dass die Abänderung meinem frei geäußerten Willen entspricht.

Zu meiner Vertrauensperson berufe ich in folgender Reihenfolge

1.
2.
3.

Meiner Vertrauensperson erteile ich hiermit die Vollmacht und den Auftrag, meinen hier erklärten Willen durchzusetzen und gegenüber den entsprechenden Personen, wie z.B. dem Personal der Klinik, rechtsgültige weitere Erklärungen abzugeben und Entscheidungen zu treffen.

Datum:

Unterschrift:

Kopie dieser Patientenverfügung an:

.....

.....