

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

Erstellt von (Vorname und Name):

LEITGEDANKE DIESER PATIENTENVERFÜGUNG

Die Patientenverfügung ist ein Entscheidungsinstrument zum Wohl Parkinsonbetroffener¹ und zur Entlastung der Angehörigen und der Fachpersonen. Diese Patientenverfügung möchte den Dialog zwischen den Betroffenen, den vertretungsberechtigten Personen und dem 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.

INFORMATION UND BERATUNG

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

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Parkinson Schweiz:

Tel. 043 277 20 77 oder E-Mail an info@parkinson.ch

HERAUSGEBER

Parkinson Schweiz
Südstrasse 120
8008 Zürich
Tel. 043 277 20 77
info@parkinson.ch
www.parkinson.ch

Stiftung Gesundheitskompass – Institut für praktische Gesundheitsethik
Careum Hochhaus
Plattenstrasse 10
8032 Zürich
Tel. 044 252 42 01
info@gesundheitskompass.ch
www.gesundheitskompass.ch

© Stiftung Gesundheitskompass, 3. Auflage 2025 (2. Auflage 2017, 1. Auflage 2012)

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.

Inhaltsverzeichnis

2	Leitgedanke dieser Patientenverfügung
2	Information und Beratung
4	1. Personalien
5	2. Medizinische Anordnungen
5	2.1 Lebenserhaltende Massnahmen
7	2.2 Ernährung
9	2.3 Künstliche Beatmung
9	2.4 Behandlung von Schmerzen und belastenden Symptomen
10	2.5 Einweisung in ein Spital bei schwerer Pflegebedürftigkeit
11	3. Vertretungsberechtigte Personen
14	4. Therapieziele und Beratung
14	4.1 Ziel der medizinischen Behandlung und Betreuung
14	4.2 Beratung
15	5. Unerwünschte Personen
16	6. Teilnahme an Forschungsprojekten im urteilsunfähigen Zustand
17	7. Seelsorgerische Betreuung
17	7.1 Betreuung
18	7.2 Religiöse Handlungen kurz vor oder nach dem Tod
19	8. Sterbeort
20	9. Spende von Organen, Geweben und Zellen
20	9.1 Organspende bei Tod infolge einer irreversiblen Schädigung des Hirns
21	9.2 Organspende bei Tod nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand
22	10. Wünsche für die Zeit nach meinem Tod
22	10.1 Autopsie zur Feststellung der Todesursache
22	10.2 Körperspende an ein anatomisches Institut
23	10.3 Einsichtnahme in die Patientendokumentation nach meinem Tod
23	10.4 Verwendung meiner Patientendokumentation für Forschungszwecke
24	11. Besondere Anordnungen
25	12. Datierung und Unterzeichnung
26	Aktualisierung der Patientenverfügung

1. Personalien

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 8

Vorname

Name

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Tel. Privat

Handy-Nr.

Tel. Geschäft

E-Mail

Geburtsdatum

Bürgerort oder Land

Religion, Konfession

2. Medizinische Anordnungen

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 9

2.1 Lebenserhaltende Massnahmen

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 10

Falls ich mich in einer der nachfolgend angeführten Situationen befinden sollte, erwarte ich vom Behandlungsteam folgendes Verhalten:

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 durch Krankheit, z. B. Hirnschlag) und bei nur ganz geringer Aussicht, mit anderen Menschen je wieder verbal oder non-verbal 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.

Es ist ein zentrales Anliegen der Palliative Care, Menschen mit unheilbaren Krankheiten ganzheitlich zu behandeln und zu betreuen und ihnen 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 religiös-spirituelle Aspekte berücksichtigt.

Besondere Anordnungen:

2.2 Ernährung

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 11

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.

2.2.1 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.

2.2.2 Entscheidung über die Gabe von Nahrungszusätzen (z. B. Vitamine, Energydrinks 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.

2.2.3 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).

2.2.3.1 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.

2.2.3.2 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:

2.3 Künstliche Beatmung

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 14

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 Intubation oder eines Luftröhrenschnittes im Rahmen des Behandlungsplans.

2.4 Behandlung von Schmerzen und belastenden Symptomen

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 16

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

- ☐ ... dass Schmerz- und Beruhigungsmittel grosszügig dosiert werden. Dabei nehme ich eine allfällige Beeinträchtigung des Bewusstseins 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 Anliegen:

2.5 Einweisung in ein Spital bei schwerer Pflegebedürftigkeit

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 17

Für den Fall, dass ich aufgrund meiner Parkinsonerkrankung oder aus einem anderen Grund dauerhaft bettlägerig und/oder bei den Aktivitäten des täglichen Lebens² auf fremde Hilfe angewiesen und urteilsunfähig werden sollte, möchte ich bei einer weiteren Verschlechterung meines gesundheitlichen Zustandes ...

- ☐ ... keine Einweisung in ein Spital. Dies bedingt, dass meine 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:

² Zum Beispiel bei der Körperpflege, beim An- und Ausziehen der Kleider, beim Essen, bei der Haushaltsführung etc.

3. Vertretungsberechtigte Personen

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 18

Ich ernenne als meine vertretungsberechtigte Person:

Vorname

.....

Name

.....

Strasse, Nr.

.....

PLZ, Ort

.....

Tel. Privat

.....

Handy-Nr.

.....

Tel. Geschäft

.....

E-Mail

.....

Geburtsdatum

.....

Bürgerort oder Land

.....

Art der Beziehung

.....

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

SIE ...

- ... 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 (Seiten 20 und 21) dieser Patientenverfügung.

Kann meine vorher genannte 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-Nr.

Tel. Geschäft

.....

E-Mail

Geburtsdatum

.....

Bürgerort oder Land

Art der Beziehung

.....

Vorname

.....

Name

.....

Strasse, Nr.

.....

PLZ, Ort

.....

Tel. Privat

.....

Handy-Nr.

Tel. Geschäft

.....

E-Mail

Geburtsdatum

.....

Bürgerort oder Land

Art der Beziehung

.....

Besondere Anordnungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Therapieziele und Beratung

4.1 Ziel der medizinischen Behandlung und Betreuung

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 19

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:

4.2 Beratung

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 19

☐ Ich habe mich bei der Erstellung dieser Patientenverfügung beraten lassen durch...

☐ ... meinen behandelnden Arzt _____

☐ ... oder _____

☐ Ich habe die Patientenverfügung mit meinen vertretungsberechtigten Personen besprochen.

5. Unerwünschte Personen

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 19

☐

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

.....

7. Seelsorgerische Betreuung

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 20

7.1 Betreuung

- ☐ Während eines Spital- oder Heimaufenthalts oder wenn sich meine Leben seinem Ende nähert, möchte ich von folgendem Seelsorger betreut werden:

Vorname

.....

Name

.....

Strasse, Nr.

.....

PLZ, Ort

.....

Tel. Privat

Handy-Nr.

.....

Tel. Geschäft

E-Mail

.....

- ☐ 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.

☐ Anstelle einer religiösen Begleitung möchte ich von folgender Person begleitet werden:

Vorname

.....

Name

.....

Strasse, Nr.

.....

PLZ, Ort

.....

Tel. Privat

Handy-Nr.

.....

Tel. Geschäft

E-Mail

.....

Art der Beziehung

.....

7.2 Religiöse Handlungen kurz vor oder nach dem Tod

☐ Ich wünsche keine religiösen Handlungen kurz vor und/oder nach dem Tod.

☐ Ich möchte kurz vor und/oder nach dem Tod rechtzeitig die vorgesehenen Handlungen und Rituale meiner Religion/Konfession in Anspruch nehmen. Es sind dies:

.....

.....

.....

.....

.....

8. Sterbeort

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 20

- ☐ Ich möchte zu Hause respektive in der mir vertrauten Umgebung (z. B. im Pflegeheim, in dem ich lebe) sterben.
- ☐ Ich möchte in einer Institution sterben, in der wenn möglich palliativmedizinische Behandlung und Betreuung angeboten werden.

Besondere Anordnungen:

9. Spende von Organen, Geweben und Zellen

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 20

9.1 Organspende bei Tod infolge einer irreversiblen Schädigung des Hirns

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 22

☐ Ich lehne jede Organ-, Gewebe- und Zellspende bei Tod infolge einer Schädigung des Hirns ab.

☐ Für den Fall meines Todes aufgrund einer irreversiblen Schädigung des Hirns stimme ich der Entnahme und Spende folgender Organe, Gewebe und/oder Zellen zu (Zutreffendes habe ich angekreuzt):

☐ Herz

☐ Lungen

☐ Leber

☐ Nieren

☐ Dünndarm

☐ Bauchspeicheldrüse (Pankreas)

☐ Haut

☐ Augenhornhaut (Cornea)

☐ 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):

- | | | |
|---------------------------------|---|--|
| ☐ Herz | ☐ Lungen | ☐ Leber |
| ☐ Nieren | ☐ Dünndarm | ☐ Bauchspeicheldrüse (Pankreas) |
| ☐ Haut | ☐ Augenhornhaut (Cornea) | ☐ 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.).

10. Wünsche für die Zeit 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 24

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 zur Körperspende unterzeichnet:

Name der Universität

.....

.....

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

Name der Universität

.....

.....

10.3 Einsichtnahme in die Patientendokumentation nach meinem Tod

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 24

- ☐ 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.

11. Besondere Anordnungen

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 24

12. Datierung und Unterzeichnung

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 25

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 respektive einer vorübergehenden oder dauernden Urteils- und Kommunikationsunfähigkeit erhöht. In diesem Fall müssen für mich wichtige Entscheidungen von anderen Menschen getroffen werden.

Deshalb beschäftige ich mich im Voraus mit den Fragen der medizinischen Behandlung und Betreuung für Situationen einer verlangsamten respektive einer vorübergehenden oder dauernden Urteils- und Kommunikationsunfähigkeit 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 respektive eine vorübergehende oder dauernde Urteils- und Kommunikationsunfähigkeit zur Folge haben.

☐

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

Ort, Datum:

.....

Unterschrift:

.....

Aktualisierung der Patientenverfügung

⇒ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 26

Diese Seite dient der Aktualisierung dieser Patientenverfügung. Sie können Ihre Patientenverfügung jederzeit ändern oder widerrufen, solange Sie urteilsfähig sind. Bei wichtiger Veränderung der Lebensumstände empfehlen wir Ihnen, die Patientenverfügung zu überprüfen. Datieren und unterschreiben Sie bei jeder Änderung/Anpassung Ihre Patientenverfügung neu.

Diese Patientenverfügung entspricht immer noch meinem Willen. Dies bestätige ich mit meiner erneuten Unterschrift.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

STIFTUNG GESUNDHEITS KOMPASS

Institut für praktische
Gesundheitsethik

Die Stiftung Gesundheitskompass ist eine unabhängige, gemeinnützige Organisation, entstanden im 2024 aus der Stiftung Dialog Ethik und dem Verein Pallivia. Wir stärken Menschen und Institutionen in herausfordernden gesundheitlichen Situationen durch ethisch fundierte, interprofessionelle Begleitung und koordinierte Unterstützung. Unsere Vernetzung, Vorausplanung und Begleitung hilft Menschen in schwierigen Situationen, damit sie die bestmögliche Versorgung und eine umfassende, flächendeckende Betreuung erhalten. Dank dem gezielten Einsatz von Gesundheitslots:innen, praxisorientierter Forschung und innovativen Bildungsangeboten tragen wir nachhaltig zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei. Unsere Arbeitsweise ist praxisnah und bewirkt spürbare und nachhaltige Veränderungen.

Wir begleiten Sie in komplexen Gesundheitssituationen – unabhängig, ganzheitlich und persönlich.



Parkinson Schweiz unterstützt und informiert die landesweit über 15 000 Betroffenen und ihre Angehörigen mit dem Ziel, dass Betroffene trotz der Erkrankung eine möglichst hohe Lebensqualität beibehalten können.

Parkinson Schweiz berät die Betroffenen neutral in allen Fragen zu Krankheit, Sozialversicherungen, Alltagsbewältigung, Therapie und Pflege. Für medizinische Fragen bietet die Vereinigung gemeinsam mit Neurologen die Gratis-Hotline PARKINFON an. Parkinson Schweiz berät und begleitet die Leitungsteams der über 80 Selbsthilfegruppen, fördert Projekte in der Parkinsonforschung und führt Weiterbildungen für Fachpersonen aus Therapie und Pflege durch.

Parkinson Schweiz ist die landesweit einzige Fachorganisation im Dienste der Parkinsonbetroffenen und ihrer Angehörigen. Sie wurde 1985 von Neurologen gegründet und hat über 7500 Mitglieder. Parkinson Schweiz ist unabhängig, politisch und konfessionell neutral. Parkinson Schweiz finanziert sich über Mitgliederbeiträge, Spenden, Gelder der öffentlichen Hand und Sponsoring. Neben der Geschäftsstelle in Zürich unterhält die Vereinigung zwei Regionalbüros in der Romandie und im Tessin.



Parkinson

schweiz suisse svizzera

Parkinson Schweiz
Südstrasse 120
8008 Zürich

043 277 20 77
info@parkinson.ch
www.parkinson.ch

Danke für Ihre Unterstützung
IBAN CH48 0900 0000 8000 7856 2

Parkinson Schweiz aktiv für Betroffene und Angehörige

Information

Broschüren, Bücher, Website, Newsletter und Informationstagungen, Journal, Webshop für Hilfsmittel

Beratung

Rat und Kontaktvermittlung für Betroffene, Angehörige, Arbeitgeber sowie Fachleute aus Medizin und Pflege

Selbsthilfe

Unterstützung und Förderung von schweizweit rund 80 Selbsthilfegruppen in drei Sprachregionen

Bildung

Seminare, Kurse und Weiterbildungen für Betroffene und Angehörige sowie für Fachpersonen und Leitungsteams der Selbsthilfegruppen

Forschung

Finanzielle Unterstützung ausgewählter Forschungsprojekte

Vernetzung

Kooperationen mit themenverwandten Organisationen im In- und Ausland