

# Patientenverfügung mit psychiatrischem Schwerpunkt

Fassung 09/14

## EINLEITUNG UND ALLGEMEINE HINWEISE

---

Diese am Sanatorium Kilchberg entwickelte Vorlage bietet Personen mit psychischen Erkrankungen die Möglichkeit, eine individuelle Patientenverfügung zu erstellen. Sie können das Formular ausdrucken und handschriftlich ausfüllen oder auf Ihren Computer herunterladen und elektronisch bearbeiten. Bitte beachten Sie, dass in beiden Fällen Ihre Unterschrift von Hand erforderlich ist, damit das Dokument als Patientenverfügung wirksam werden kann.

Das Formular ist thematisch gegliedert. Es ist nicht erforderlich, dass Sie zu allen Themenbereichen Angaben machen.

- Jene Bereiche, die seitlich mit einem schwarzen Punkt markiert sind, erfordern konkrete Angaben oder sind zumindest für die praktische Umsetzung der Patientenverfügung von grosser Wichtigkeit.
- Bei jenen Bereichen, die seitlich mit einem Kreis versehen sind, werden genauere Angaben sehr empfohlen, sind aber nicht zwingend.

Zu allen anderen, nicht gekennzeichneten Bereichen machen Sie bitte nur dann Angaben, wenn aus Ihrer Sicht ein persönlicher Regelungsbedarf besteht. Falls Sie auf Angaben verzichten, streichen Sie bitte den jeweiligen Abschnitt gut sichtbar durch oder fügen Sie jeweils den Hinweis «keine Angaben» in den entsprechenden Abschnitt ein.

Das Formular kann bei Bedarf durch eine weitere Patientenverfügung, welche die Behandlung körperlicher Erkrankungen regelt, ergänzt werden. Damit soll erreicht werden, dass alle Ihre Wünsche und Anordnungen für medizinische Behandlungen – unabhängig davon, ob es sich um eine körperliche oder psychische Erkrankung handelt – in einem Dokument zusammengefasst sind.

### Wichtige Hinweise:

Bei Verwendung dieser Vorlage ist die Beachtung der dazugehörigen Wegleitung ([www.sanatorium-kilchberg.ch](http://www.sanatorium-kilchberg.ch)) sehr zu empfehlen.

Um im Bedarfsfall eine rasche Verfügbarkeit der Patientenverfügung zu gewährleisten, empfiehlt es sich, einen entsprechenden Vermerk mit Angaben zum Hinterlegungsort auf Ihrer Krankenversicherungskarte eintragen zu lassen.

Die Erstellung einer Patientenverfügung braucht Zeit. Nutzen Sie Momente, in denen es Ihnen gut geht und Ihnen ein Nachdenken über sich selbst nicht allzu grosse Mühe bereitet. Meist ist es hilfreich, in mehreren Schritten vorzugehen und bestimmte Themen zunächst mit Vertrauten oder Fachpersonen zu besprechen. Überlegen Sie bereits vor der Erarbeitung dieser Musterverfügung, welche Dinge Sie gerne regeln wollen, damit Sie Ihre Anliegen nicht aus dem Blick verlieren.

*In diesem Dokument wird aus Gründen der Lesefreundlichkeit nur die männliche Form von Personenbezeichnungen verwendet. Gemeint und angesprochen sind jedoch immer sowohl männliche als auch weibliche Personen.*

# Patientenverfügung mit psychiatrischem Schwerpunkt

## ÜBERSICHT

<b>A Personalien</b> .....	1	<b>D Einweisung, Aufnahme und Behandlung</b> .....	7
A1 Angaben zur eigenen Person.....	1	D1 Wahl der Einrichtung/Klinik.....	7
A2 Vertrauensperson(en) .....	2	D2 Eintritt .....	7
A3 Vertretungsberechtigte Person(en).....	3	D3 Aufenthalt und Behandlung .....	7
<b>B Diagnosen, Symptome, Beeinträchtigungen</b> .....	3	D3.1 Therapeutische Massnahmen.....	7
B1 Psychiatrische Diagnosen .....	3	D3.2 Medikamente (Psychopharmaka).....	8
B2 Psychische Symptome und.....	4	D3.3 Behandlungsteam .....	8
Beeinträchtigungen		D3.4 Rahmenbedingungen .....	9
B3 Körperliche Erkrankungen .....	4	eines Klinikaufenthaltes	
B4 Allergien / Unverträglichkeiten .....	4	D3.5 Behandlungsziele und Erwartungen .....	10
<b>C Meine Persönlichkeit</b> .....	4	D3.6 Behandlung gegen oder ohne .....	10
C1 Motivation .....	4	meinen Willen	
C2 Einstellungen und Werte .....	5	D3.7 Zusätzliche Regelungen zu.....	10
C3 Persönliche Bedürfnisse und Präferenzen...	5	Aufenthalt und Behandlung	
C4 Einschätzung des eigenen Befindens, .....	5	<b>E Unterschriften</b> .....	11
Krisensituationen und Krisenbewältigung		<b>F Anhang</b> .....	12
		<b>Impressum</b> .....	12

## A Personalien

Wegleitung S. 4–6

### ● A1 ANGABEN ZUR EIGENEN PERSON

Name \* \_\_\_\_\_

Vorname \* \_\_\_\_\_

Adresse \* \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \* \_\_\_\_\_

Geb. Datum \* \_\_\_\_\_

\* Pflichtfelder «Diese Felder müssen ausgefüllt sein».

**A2 VERTRAUENSPERSON(EN)**

Die Vertrauensperson wird über Ihre Einweisung benachrichtigt und hilft Ihnen bei der Wahrnehmung Ihrer Rechte sowie bei der Durchsetzung dieser Patientenverfügung. Eine genauere Umschreibung der Standardaufgaben einer Vertrauensperson findet sich in der Wegleitung.

 **A2.1 Vertrauensperson**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon Nr. P \_\_\_\_\_ Telefon Nr. G \_\_\_\_\_

Mobile Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

 **A2.2 Weitere Vertrauensperson**

Wir empfehlen, mindestens eine weitere Vertrauensperson zu benennen, falls die oben genannte Person im Bedarfsfall nicht zur Verfügung stehen sollte.

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon Nr. P \_\_\_\_\_ Telefon Nr. G \_\_\_\_\_

Mobile Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Meine behandelnden Ärzte und Therapeuten sind gegenüber der/den genannten Vertrauensperson(en) von der Schweigepflicht entbunden, soweit es zu deren Aufgabenerfüllung notwendig ist.

**A2.3 Ergänzende Angaben zum Aufgabenbereich der Vertrauensperson(en):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ○ A3 VERTRETUNGSBERECHTIGTE PERSON(EN)

Für die Behandlung einer körperlichen Erkrankung oder Beeinträchtigung können Sie eine vertretungsberechtigte Person ernennen. Diese Person kann im Falle Ihrer Urteilsunfähigkeit stellvertretend für Sie über medizinische Massnahmen entscheiden, die nicht die psychische Erkrankung betreffen.

- Ich habe für diesen Bereich keine Regelung getroffen, bzw. möchte den Bereich nicht regeln.
- Ich habe diesen Bereich in einer zusätzlichen Patientenverfügung geregelt. Sie befindet sich im Anhang.
- Meine in Abschnitt A2 genannte(n) Vertrauensperson(en) sind auch die vertretungsberechtigte(n) Person(en).
- Ich bestimme folgende Person als medizinische Vertretungsperson:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon Nr. P \_\_\_\_\_ Telefon Nr. G \_\_\_\_\_

Mobile Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

#### Weitere vertretungsberechtigte Person

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon Nr. P \_\_\_\_\_ Telefon Nr. G \_\_\_\_\_

Mobile Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## B DIAGNOSEN / SYMPTOME / BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Wegleitung S. 7

### ○ B1 PSYCHIATRISCHE DIAGNOSEN

Hier können Sie die Ihnen bekannten psychiatrischen Diagnosen für Ihre Erkrankung aufführen. Die zusätzlichen Angaben zum Datum der Diagnosestellung und zur diagnosestellenden Person/Einrichtung können helfen, im Bedarfsfall genauere Informationen einzuholen.

Die Nennung von Diagnosen ist nicht zwingend. Wahlweise oder ergänzend können Sie die Symptome und Beeinträchtigungen im folgenden Abschnitt (B2) umschreiben.

Diagnose(n): \_\_\_\_\_ gestellt von? \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Ich entbinde meine vorbehandelnden Ärzte und Therapeuten von der beruflichen Schweigepflicht.

**B2 PSYCHISCHE SYMPTOME UND BEEINTRÄCHTIGUNGEN**

Eine Beschreibung der psychischen Symptome und Beeinträchtigungen empfiehlt sich vor allem dann, wenn die Diagnose nicht hinreichend gesichert oder Ihnen unbekannt ist.

---



---



---

**B3 KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN**

Leiden Sie zusätzlich an körperlichen Erkrankungen? Wenn ja, welche?

---



---



---

**● B4 ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN**

Sind bei Ihnen allergische Reaktionen oder Unverträglichkeiten bekannt (bspw. bei bestimmten Lebensmitteln, Medikamenten oder Pflegeprodukten)? Auf welche Substanzen reagieren Sie allergisch und welche Symptome treten dabei auf?

Substanzen	Symptome
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Bekannte belastende Nebenwirkungen von Medikamenten notieren Sie bitte in Abschnitt D3.2.3.

# C MEINE PERSÖNLICHKEIT

Wegleitung S. 8

Die Patientenverfügung kommt erst dann zur Anwendung, wenn Sie urteils- bzw. äusserungsunfähig sind. Auch in diesem Fall soll Ihr Wille soweit wie möglich bei der Behandlung Beachtung finden. Die nachfolgenden Fragen zu «Meine Persönlichkeit» helfen dem Behandlungsteam, Sie kennenzulernen und die therapeutischen Massnahmen besser auf Ihre Bedürfnisse abzustimmen.

**C1 MOTIVATION**

- Was hat mich zur Erstellung dieser Patientenverfügung veranlasst?

---



---



---

**C2 EINSTELLUNGEN UND WERTE**

Was bedeutet für mich Lebensqualität? Was ist mir persönlich wichtig (bspw. individuelle Werte, Religion, Lebensmotto)?

---

---

---

---

**C3 PERSÖNLICHE BEDÜRFNISSE UND PRÄFERENZEN**

**C3.1 Was tut mir gut? Was mache ich gerne?**

---

---

---

**C3.2 Was tut mir nicht gut? Was bereitet mir Mühe?**

---

---

---

**C4 EINSCHÄTZUNG DES EIGENEN BEFINDENS, KRISENSITUATIONEN UND KRISENBEWÄLTIGUNG**

Sie sind Experte/Expertin für Krisensituationen. Ihre Erfahrungen stellen für das Behandlungsteam wertvolle Informationen dar, um Ihnen möglichst frühzeitig und effektiv helfen zu können.

**C4.1 Wie bin ich, wenn es mir gut geht? Was gelingt mir in diesen Situationen?**

---

---

---

**C4.2 Was sind bei mir erste Anzeichen einer Krise («Frühwarnsymptome»)?**

---

---

---

**C4.3 Wie bin ich, wenn es mir schlecht geht? Was gelingt mir in solchen Situationen nicht mehr?**

---

---

---

- C4.4 Ab wann brauche ich zur Bewältigung einer Krise Hilfe?**

---

---

---

- C4.5 Auswirkungen einer Krise**

Beschreiben Sie mit wenigen Stichworten, wie sich eine Krise bei Ihnen auswirken kann (bspw. Ängste, innere Anspannung, sozialer Rückzug, Weglaufen, Verlust der Äusserungsfähigkeit).

---

---

---

- C4.6 Mögliche Risiken**

Welche Risiken oder Gefährdungen gibt es für mich in einer Krisensituation?

---

---

---

Welchen Risiken sind andere aufgrund meiner Krise möglicherweise ausgesetzt?

---

---

---

- C4.7 Was hilft mir am meisten, wenn die oben beschriebene Krisensituation eintritt?**

---

---

---

---

- C4.8 Weitere Vorkehrungen, die im Falle einer Krise zu treffen sind:**

---

---

---

# D Einweisung, Aufnahme und Behandlung

Wegleitung S. 9–12

## D1 WAHL DER EINRICHTUNG/KLINIK

---

Sie können Wünsche äussern, welche Einrichtung oder Klinik Sie im Falle einer Behandlungsbedürftigkeit bevorzugen. Liegt Ihre Patientenverfügung dem einweisenden Arzt oder der Behörde vor, so sind Ihre Wünsche soweit wie möglich zu berücksichtigen. In erster Linie hängt jedoch die Wahl der Einrichtung von deren Platzangebot und Eignung für Ihre Behandlung ab.

### D1.1 Bevorzugte Einrichtungen/Kliniken

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

### D1.2 Abgelehnte Einrichtungen/Kliniken

Sollten Sie eine Einrichtung ablehnen, bitten wir Sie, die Gründe hierfür zu benennen. Ihre Begründung kann hilfreich bei der Suche nach Alternativen sein.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

## D2 EINTRITT

---

Wünsche betreffend Aufnahmesituation (Ablauf, Gesprächsführung, Information nahestehender Personen usw.)

---

---

---

## D3 AUFENTHALT UND BEHANDLUNG

---

### D3.1 Therapeutische Massnahmen

Nachfolgend können Sie angeben, welchen therapeutischen Massnahmen (bspw. Ergotherapie, Entspannungsübungen, Gruppengespräche, Psychotherapie) Sie besonders positiv oder ablehnend gegenüber stehen.

#### D3.1.1 Gewünschte therapeutische Massnahmen

---

---

---

#### D3.1.2 Abgelehnte therapeutische Massnahmen

---

---

---



**D3.2 Medikamente (Psychopharmaka)**

**D3.2.1 Mit welchen Medikamenten (Psychopharmaka) haben Sie gute Erfahrungen gemacht?**

Name Medikament	Dosis (falls bekannt)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**D3.2.2 Mit welchen Medikamenten (Psychopharmaka) haben Sie keine guten Erfahrungen gemacht?**

Name Medikament	Dosis (falls bekannt)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



**D3.2.3 Belastende Nebenwirkungen**

Jedes Medikament kann Nebenwirkungen haben, die sich aber bei jeder Person unterschiedlich auswirken und als unterschiedlich erträglich wahrgenommen werden. In der nachfolgenden Liste können Sie der Reihe nach auflisten, welche Nebenwirkungen Sie belasten. Bitte beginnen Sie mit der Nebenwirkung, die Sie als am meisten belastend empfinden.

Nebenwirkung	Name Medikament (falls bekannt)
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

**D3.2.4 Zusätzliche Bemerkungen zu Medikamenten**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D3.3 Behandlungsteam**

Im Bestreben eine möglichst sichere und vertrauensbildende Umgebung zu schaffen, können Verhaltensweisen der therapeutischen oder pflegerischen Bezugsperson(en) vor allem in Krisensituationen wichtig sein.

**D3.3.1 Welche Verhaltensweisen einer therapeutischen oder pflegerischen Bezugsperson schätze ich in Krisensituationen besonders?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D3.3.2 Falls möglich, bevorzuge ich eine:**

weibliche Bezugsperson     männliche Bezugsperson     Das Geschlecht spielt keine Rolle.

Begründung

---



---

**D3.4 Rahmenbedingungen eines Klinikaufenthaltes**

Nicht nur die therapeutischen und medizinischen Massnahmen, sondern auch die Rahmenbedingungen eines Klinikaufenthalts (Besuche, Rücksicht auf individuelle Bedürfnisse, Regelungen häuslicher und familiärer Angelegenheiten) haben Einfluss auf die Genesung. Sie können in den folgenden Abschnitten zu diesen Bereichen Ihre Wünsche äussern.

**D3.4.1 Besuche /Kontakte**

Erwünschte Besuche / Kontakte

Name, Vorname	Telefon Nr.	Mobile Nr.
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Unerwünschte Besuche / Kontakte

Name, Vorname	Telefon Nr.	Mobile Nr.
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

**D3.4.2 Ergänzende Bemerkungen**

Bspw. betreffend der Beziehung zu den genannten Personen, Zeitpunkt der Kontaktaufnahme.

---



---

**D3.4.3 Individuelle Bedürfnisse**

Gibt es spezielle Dinge (Gewohnheiten, Diätvorschriften, religiöse Praktiken, persönliche Gegenstände usw.), die Ihnen besonders wichtig sind und die Sie während eines Klinikaufenthalts nicht aufgeben möchten?

---



---



---



---



---



---

**D3.4.4 Familie und häusliche Angelegenheiten**

Haben Sie Wünsche und Anordnungen, die sich im Falle eines Klinikaufenthalts auf familiäre und häusliche Angelegenheiten beziehen (bspw. Versorgung von Kindern und Haustieren, Regelung administrativer Belange, Beaufsichtigung der Wohnung)? Falls ja, ist es wichtig, dass Sie für die einzelnen Bereiche eine zuständige Person benennen, mit der Sie die Aufgabenzuteilung vorab besprochen haben.

---



---



---



---

**D3.5 Behandlungsziele und Erwartungen**

Welche generellen Erwartungen und Ziele verbinden Sie mit einer medizinischen Behandlung in Krisensituationen (bspw. möglichst schnelle und effektive Behandlung, möglichst viel Ruhe und Möglichkeiten der Regeneration)?

---



---



---



---

**D3.6 Behandlung gegen oder ohne meinen Willen**

Bei psychischen Erkrankungen kann in Ausnahmefällen eine Behandlung ohne oder gegen Ihren Willen erfolgen, wenn eine schwere gesundheitliche Schädigung oder eine Gefährdung von Dritten nicht anders abgewendet werden kann. Wir empfehlen diesen Abschnitt nur auszufüllen, wenn Sie bereits Erfahrungen mit solchen Massnahmen gemacht haben oder Gefahr laufen, in eine entsprechende Situation zu geraten. Ihre Angaben stellen keine im Voraus gegebene Einverständniserklärung zu diesen Massnahmen dar.

Ich ziehe der Reihe nach folgende Behandlungen vor:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**D3.7 Zusätzliche Regelungen zu Aufenthalt und Behandlung**


---



---



---



---

# E Unterschriften

Wegleitung S. 13

## E1 EIGENHÄNDIGE UNTERSCHRIFT

Diese Patientenverfügung habe ich unter Zuhilfenahme der dazugehörigen Wegleitung erstellt.

Ich wurde bei der Erstellung der Patientenverfügung beraten von:

Name \_\_\_\_\_

Funktion der Person \_\_\_\_\_

Diese Patientenverfügung entspricht meinem freien Willen. Ich wurde von anderen Personen nicht unter Druck gesetzt und habe mich nicht unter Druck gesetzt gefühlt.

Ort \_\_\_\_\_

● Datum \_\_\_\_\_

● Unterschrift \_\_\_\_\_

## ○ E2 ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG DER URTEILSFÄHIGKEIT

Für die Gültigkeit der Patientenverfügung ist eine ärztliche Bestätigung Ihrer Urteilsfähigkeit nicht zwingend erforderlich. Sie kann aber dennoch bei der Durchsetzung der Verfügung hilfreich sein.

Titel \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Hiermit wird bestätigt, dass die oben genannte Person im Hinblick auf die Themen und Inhalte dieses Dokuments zum angegebenen Zeitpunkt urteilsfähig ist.

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Bemerkungen \_\_\_\_\_

# F Anhang

Wegleitung S. 13

## ○ F1 WEITERE PATIENTENVERFÜGUNG

---

Falls Sie eine ergänzende Patientenverfügung (betreffend körperliche Erkrankungen oder medizinische Verfügungen zum Lebensende) besitzen, fügen Sie diese bitte als Anhang hinzu und tragen Sie hier das Datum der Erstellung dieser Verfügung ein. Achten Sie bitte darauf, dass die Verfügungen keine einander widersprechenden Anordnungen enthalten.

Erstelldatum \_\_\_\_\_

# Impressum

## HERAUSGEBER

**Bridler, René**

Dr. med., M.H.A., Ärztlicher Direktor

Sanatorium Kilchberg AG

Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Alte Landstrasse 70, CH-8802 Kilchberg

[www.sanatorium-kilchberg.ch](http://www.sanatorium-kilchberg.ch)

## AUTOREN

**Pfannkuchen-Heeb, Silvia**, lic. iur., Rechtsanwältin

**Ballweg, Tobias**, Psychologe (Dipl.), Philosoph (M.A.), Leiter des Ethikforums

**Bridler, René**, Dr. med., M.H.A., Ärztlicher Direktor

## MITWIRKENDE

**Krebs, Stephanie**, med. pract., Oberärztin

**Müller, Harald**, Pflegedirektor MAS MSG, Präsident KPP

## GRAFIK UND LAYOUT

**Moergeli, Wilfried**, Moergeli GmbH, Grafische Gestaltung

Hedwigsteig 6, 8032 Zürich