

## **Mein rechtsverbindlicher Wille im Hinblick auf Leben, Leiden, Sterben und Tod**

Die hier vorliegende Bewohnerinnen- und Bewohnerverfügung ist von der Glarner Patientenverfügung abgeleitet. Die interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppe „Sterben und Abschied“ adaptierte die Glarner Patientenverfügung an das Profil des Alterszentrums Kehl.

### **1. Einführung**

Die Lebenszeit auf dieser Welt ist für jeden Menschen begrenzt. Zum Leben gehört der Tod. Dank der modernen Medizin erreichen viele Menschen ein hohes Lebensalter.

Das Sterben ist in der heutigen Zeit – anders als früher – häufig ein Vorgang, der sich über Monate und Jahre hinzieht. Durch medizinische Massnahmen lässt sich die Todesgrenze hinausschieben.

Es stellt sich die Frage: Wann sind welche lebensverlängernden Massnahmen sinnvoll? Sie stellt sich darum, weil viele Menschen den Wunsch haben, dem Tod nicht entgegenzustehen, wenn dessen Stunde gekommen ist. Sie möchten ihn annehmen und fürchten sich vor lebensverlängernden Massnahmen.

Allgemeingültige Antworten gibt es nicht. Alte Menschen, Kranke, Angehörige, Pflegepersonal, Ärztinnen und Ärzte müssen in jedem Fall neu nach einer sinnvollen Antwort suchen.

Was aber, wenn eine Bewohnerin oder ein Bewohner im entscheidenden Augenblick nicht mehr für sich selbst sprechen kann?

Für diesen Fall ist die vorliegende Bewohnerverfügung geschaffen worden. Sie ist eine Möglichkeit, rechtzeitig den eigenen Willen im Hinblick auf das eigene Sterben auszudrücken. Für Angehörige, Pflegepersonal sowie Ärztinnen und Ärzte kann es eine grosse Erleichterung sein, wenn sie wissen, wie weit die modernen Möglichkeiten zur Lebenserhaltung ausgeschöpft werden sollen.

Auch wer nicht von allen medizinischen Möglichkeiten Gebrauch machen will, hat Anrecht auf persönliche Zuwendung und Begleitung im Sterben. Aufgabe der Medizin ist es in diesem Fall, das Leiden zu lindern und ein menschenwürdiges Sterben unter Berücksichtigung der Wünsche zu ermöglichen.

Die Bewohnerinnen- und Bewohnerverfügung des Alterszentrums Kehl möchte sie in dieser Auseinandersetzung unterstützen.

Diese Verfügung tritt erst in Kraft, wenn die betreffende Person nicht mehr in der Lage ist, für sich selbst Entscheidungen zu treffen. Vorher gilt in jedem Fall der direkte und persönlich geäußerte Wille.

Die Bewohnerinnen- und Bewohnerverfügung kann jederzeit widerrufen und durch eine neue ersetzt werden.

Pflegepersonal, Seelsorgerinnen und Seelsorger sowie Ärztinnen und Ärzte sind gerne bereit, Fragen, die sich im Zusammenhang mit einer Bewohnerinnen- und Bewohnerverfügung stellen können, mit Ihnen zu besprechen.

## 2. Bewohnerinnen- und Bewohnerverfügung

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Bürgerort \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

**Im Hinblick auf das Ende meines Lebens und für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, selbst eine Entscheidung zu treffen, verfüge ich Folgendes:**

Wenn ich infolge von Schwäche oder Desorientierung Gefahr laufe, mich zu verirren und mich dabei allenfalls auch zu verletzen (Stürze etc.), so wünsche ich, dass man mir trotz erhöhtem Risiko meine Bewegungsfreiheit lässt und mich nach Möglichkeit begleitet.

ja  nein

Wenn mein Gesundheitszustand hoffnungslos ist, möchte ich nicht künstlich am Leben erhalten werden. Auf intensivmedizinische Massnahmen soll verzichtet werden, wenn damit die Möglichkeit zu einem menschenwürdigen Dasein nicht mehr gegeben ist.

ja  nein

Lebensverlängernde Massnahmen (z.B. Operation) sind zu unterlassen, wenn mein Gehirn so geschädigt ist, dass ich das Bewusstsein nicht wieder erlangen kann.

ja  nein

Ich wünsche, mich mit genügend Schmerzmitteln zu versehen, selbst wenn dadurch meine Lebenszeit verkürzt werden könnte.

ja  nein

Ich wünsche, in der Sterbephase im Kehl bleiben zu können. Eine Einweisung in ein Akutspital soll nur dann erfolgen, wenn Aussicht auf Verbesserung der Lebensqualität besteht.

ja  nein

Wenn der Tod unausweichlich wird, ist auf künstliche Ernährung zu verzichten.

ja  nein

Wenn der Tod unausweichlich wird, ist auf künstliche Flüssigkeitszufuhr (Infusion) zu verzichten.

ja  nein

Im Weiteren ist mir wichtig:

---



---



---

**Vertrauenspersonen/Bezugspersonen** für Entscheidungen (Situationen), die in dieser Verfügung nicht festgehalten (geregelt) sind:

Name	Vorname	Tel.-Nr.
1.		
2.		
3.		

## 2.1. Sterbebegleitung

Ich möchte auf dem letzten Abschnitt meines Lebensweges und beim Sterben wenn möglich von folgenden Menschen begleitet werden. Ich bitte deshalb, sie möglichst rasch zu verständigen, wenn ich schwer erkrankte.

Name	Vorname	Tel. Nr.
1.		
2.		
3.		

## 2.2 Religiöse Begleitung

Ich wünsche religiöse Begleitung:

ja  nein

Dabei ist mir Folgendes wichtig:

---



---



---

## 2.3 Wünsche nach meinem Tod

### Art der Bestattung

Ich wünsche:

Kremation  Erdbestattung

## 2.4 Grab

Ich wünsche:

- ein konventionelles Grab
- ein Gemeinschaftsgrab
- an folgendem Ort begraben zu werden:

- 
- kein Grab
  - andere Art der Bestattung
- 
- 

## 2.5 Abdankung

Ich wünsche:

- keine Abdankung
  - Abdankung im Alterszentrum Kehl
  - Abdankung an folgendem Ort:
  - Folgende Gestaltung (z.B. Lieder, Texte, Lebenslauf)
- 
-

### 3. Weitere Wünsche

---

---

---

Die vorliegenden Anordnungen verfasse ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, also im Zustand der Urteilsfähigkeit und nach reiflicher Überlegung. Sie gelten für den Fall, dass ich einmal nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen kundzutun.

Ich erwarte von meinen Angehörigen, von den Pflegenden und von den Ärztinnen und Ärzten, dass sie meine Verfügung respektieren und ihr nach bestem Wissen und Gewissen entsprechen.

Ort

Datum

---

Unterschrift

---

Zeugen

---

#### 4. Erneuerung/Bestätigung der Verfügung (nach 2 Jahren)

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt überprüft habe und sich mein Wille nicht verändert hat.

Ort

Datum

---

Unterschrift

---

Zeugen

---

Ort

Datum

---

Unterschrift

---

Zeugen

---

#### **Ablage:**

Original:  BWA-Dossier

Kopie:

**Pflegebereich**

- Pflegedokumentation
- Bewohnerin/Bewohner
- Angehörige
- Hausarzt

**MieterInnen**

- MieterIn
- Angehörige
- Hausarzt