

Psychiatrische Patientenverfügung

Personalien

ANGABEN ZUR EIGENEN PERSON

Name, Vorname _____

Adresse, PLZ / Ort _____

Hinweise

Eine psychiatrische **Patientenverfügung** kommt zur Anwendung, wenn Sie im Rahmen einer seelischen Krise vorübergehend urteils- oder äusserungsunfähig sind.

Zwingende Voraussetzungen für die Gültigkeit des Dokuments sind Ihre Urteilsfähigkeit zum Zeitpunkt der Erstellung sowie Ihre eigene Unterschrift am Ende des Dokuments.

Meine Persönlichkeit

Die nachfolgenden Angaben zu Ihrer Persönlichkeit helfen dem Behandlungsteam, Sie kennenzulernen und die therapeutischen Massnahmen besser auf Ihre Bedürfnisse abzustimmen.

MEINE EINSTELLUNGEN UND WERTE

Was ist mir persönlich wichtig (bspw. Beziehungen, Angehörige, persönliche Werte, Religion, Lebensmotto)?

Diagnosen / Symptome / Beeinträchtigungen

PSYCHIATRISCHE DIAGNOSEN

Hier können Sie die Ihnen bekannten psychiatrischen Diagnosen für Ihre Erkrankung auflisten.

PSYCHISCHE SYMPTOME UND BEEINTRÄCHTIGUNGEN IN DER KRISE

Hier können Sie wichtige psychische Symptome und Beeinträchtigungen in der Krise beschreiben.

GEFAHREN UND RISIKEN IN DER KRISE

Welche Risiken oder Gefährdungen gibt es für Sie / für andere in einer Krisensituation (bspw. Suizidalität, ungenügende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Aggressionen)?

KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN

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

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/>
<hr/>	<hr/>

Bekannte belastende Nebenwirkungen von Medikamenten notieren Sie bitte auf Seite 4.

Einweisung, Aufnahmesituation und Behandlung

WAHL DER EINRICHTUNG / KLINIK

Sie können Wünsche äussern, welche Einrichtung oder Klinik Sie im Falle einer Behandlungsbedürftigkeit bevorzugen. Allerdings hängt die Wahl der Einrichtung von deren Platzangebot und Eignung für Ihre Behandlung ab.

Bevorzugte Einrichtungen / Kliniken / bevorzugte Station

1. _____
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. _____

WICHTIGSTE ERWARTUNGEN AN DIE BEHANDLUNG

Welche Erwartungen haben Sie an die Behandlung in Krisensituationen (bspw. schnelle, wirksame medikamentöse Therapie, Ruhe und Rückzug, häufige Gespräche)?

THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

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

Mit welchen therapeutischen Massnahmen haben Sie gute Erfahrungen gemacht?

Mit welchen therapeutischen Massnahmen haben Sie keine guten Erfahrungen gemacht?

PSYCHOPHARMAKA

Mit welchen Psychopharmaka haben Sie gute Erfahrungen gemacht?

Name Medikament

Begründung

Name Medikament	Begründung
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Mit welchen Psychopharmaka haben Sie keine guten Erfahrungen gemacht?

Wir bitten Sie, die Gründe hierfür zu benennen. Ihre Begründung kann wichtig sein bei der Auswahl alternativer Substanzen.

Name Medikament

Begründung

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Bei der Aufnahmesituation und / oder in Krisensituationen können folgende zusätzlichen Medikamente abgegeben werden:

Bei der Medikamenteneinnahme bevorzuge ich:

- Tabletten
 Tropfen (falls möglich)
 Injektionen (Spritzen)
 unentschieden

BEWEGUNGSEINSCHRÄNKENDE MASSNAHMEN / BEHANDLUNG OHNE ZUSTIMMUNG

Bei psychischen Erkrankungen können in Ausnahmefällen zur Gefahrenabwehr eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit oder eine medikamentöse Behandlung ohne Ihre Zustimmung erfolgen, falls eine ernsthafte gesundheitliche Schädigung droht oder das Leben oder die körperliche Integrität Dritter ernsthaft gefährdet sind. Falls derartige Massnahmen notwendig scheinen, sollen vorher folgende Massnahmen versucht werden:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vertrauensperson hinzuziehen | <input type="checkbox"/> Gespräche (mit wem?) |
| <input type="checkbox"/> Telefonat (mit wem?) | <input type="checkbox"/> Sport, Bewegung, Aktivität |
| <input type="checkbox"/> Entspannungsbad | <input type="checkbox"/> Musik hören |
| <input type="checkbox"/> Rückzug in reizarme Umgebung | <input type="checkbox"/> Freiwilliger Rückzug ins Intensivzimmer |
| <input type="checkbox"/> Anderes | |

Falls Massnahmen zur Bewegungseinschränkung oder medizinische Massnahmen ohne Ihre Zustimmung aus Sicht der Klinik unumgänglich erscheinen, soll aufgrund Ihrer bisherigen Erfahrung Folgendes berücksichtigt werden:

Ihre Angaben stellen **keine** Zustimmung im Voraus zu diesen Massnahmen dar.

VERTRAUENSPERSON(EN) / BESUCHE

Die Vertrauensperson wird über Ihre Einweisung in eine psychiatrische Klinik benachrichtigt und hilft Ihnen während des Klinikaufenthaltes bei der Wahrnehmung Ihrer Anliegen und Ihrer persönlichen Rechte.

Name, Vorname _____

Adresse _____

Telefon, E-Mail _____

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, E-Mail _____

Erwünschte Besuche / Kontakte

Name, Vorname	Telefon Nr.	Mobile Nr.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Unerwünschte Besuche / Kontakte

Name, Vorname _____

WEITERE PERSÖNLICHE BEDÜRFNISSE

Haben Sie weitere Wünsche und Anliegen (bspw. Betreuung von Kindern, Diätvorschriften, religiöse oder andere Praktiken, persönliche Gegenstände, Haustiere, Post, Wohnung)?

Hinweise zur Überprüfung der Patientenverfügung

Wir empfehlen Ihnen, alle ca. zwei Jahre zu überprüfen, ob die Patientenverfügung noch Ihrer aktuellen Situation entspricht. Falls dies zutrifft, empfehlen wir Ihnen, das Dokument neu zu datieren und zu unterzeichnen. Falls sich Ihre Situation verändert hat, empfehlen wir, die nötigen Anpassungen in einer anderen Farbe direkt im Dokument anzubringen, und es ebenfalls neu zu datieren und zu unterzeichnen.

Meine Patientenverfügung ist weiterhin gültig.

Datum

Unterschrift

Ich habe meine Patientenverfügung überarbeitet (bitte verwenden Sie für die Überarbeitung im Dokument sowie für Datum und Unterschrift eine andere Farbe).

Datum

Unterschrift

Unterschrift

Ort / Datum

Ihre Unterschrift

Impressum

HERAUSGEBER

Bridler, René
 Dr. med., M.H.A., Ärztlicher Direktor
 Sanatorium Kilchberg AG
 Alte Landstrasse 70, CH-8802 Kilchberg
www.sanatorium-kilchberg.ch

AUTOREN DER ERSTVERSION

Pfannkuchen-Heeb, Silvia, lic. iur., Rechtsanwältin
Ballweg, Tobias, Leitender Psychologe (Dipl.), Philosoph (M.A.),
 Leiter des Ethikforums
Bridler, René, Dr. med., M.H.A., Ärztlicher Direktor

GRAFIK UND LAYOUT

Moergeli, Wilfried, Grafische Gestaltung, 8707 Uetikon am See