

Psychiatrische Patientenverfügung

(Version Februar 2013)

Mit Hilfe dieser Vorlage können Sie festhalten, wie Sie psychiatrisch behandelt werden wollen, falls Sie urteilsunfähig werden.

Zum Ausfüllen können Sie die Dienste der Stiftungen Pro Mente Sana (0848 800 858) zu Hilfe nehmen. Es steht Ihnen auch eine schriftliche Wegleitung zur Verfügung, welche Sie telefonisch oder auf der Website dieser Organisationen herunterladen können (www.dialog-ethik.ch, www.promentesana.ch).

Die Patientenverfügung verwendet aus Leserfreundlichkeit jeweils nur ein Geschlecht. Steht „die Ärztin“, ist der Arzt immer mitgemeint.

Die vorliegende Version wird in Pilotprojekten einzelner Kliniken erprobt und später angepasst, voraussichtlich im ersten Quartal 2014.

Inhaltsverzeichnis:

Personalien.....	3
Teil I) Erklärung der Gültigkeit meines Willens.....	3
Teil II) Bestimmung einer vertretungsberechtigten Person.....	4
Teil III) Angaben zum Aufnahmegespräch/ Krisengespräch und zur Kontaktaufnahme mit bisherigen Behandlern.....	5
Teil IV) Angaben zu Alternativen zu einer Klinikeinweisung.....	6
Teil V) Angaben zur Wahl der Klinik.....	7
Teil VI) Angaben zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (alle beteiligten Berufsgruppen betreffend)	8
Teil VII) Angaben für ernsthafte Gefährdungssituationen.....	13
Teil VIII) Angaben betreffend soziale Kontakte und Weitergabe von Informationen	15
Teil IX) Weitere Anliegen (mit freiwilliger Begründung).....	17
Teil X) Unterzeichnung:	18
Aktualisierung:	18

Personalien

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnadresse: _____

Versicherten-Nr. bei der Krankenkasse: _____

Teil I) Erklärung der Gültigkeit meines Willens

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

1)

(Freiwillige aber empfohlene) Bestätigung dieser Urteilsfähigkeit durch Psychiaterin *(vorzuziehen)* oder andere Fachperson:

Ort und Datum: _____

Unterschrift und Adresse der bestätigenden Psychiaterin oder Fachperson:

Teil II) Bestimmung einer vertretungsberechtigten Person

2A)

Hiermit ernenne ich die untenstehenden Personen für befugt, während meiner Urteilsunfähigkeit meine nachstehenden Angaben zu vertreten und bei offenen Fragen meinen mutmasslichen Willen einzubringen.

Meine vertretungsberechtigte Person ist im Falle einer Einweisung unverzüglich zu benachrichtigen.

Erste vertretungsberechtigte Person:

Name, Adresse:

Telefon tagsüber:

Telefon nachts:

(Falls die Person innert nützlicher Frist trotz mehreren Versuchen nicht erreicht werden kann):

Vertretungsberechtigte Ersatzperson:

Name, Adresse:

Telefon tagsüber:

Telefon nachts:

2B)

Ja, ich ermächtige meine vertretungsberechtigte(n) Person(en) zur Einsicht in meine Akten, soweit sie meine aktuelle Unterbringung, Behandlung oder Bewegungseinschränkung betreffen. Im gleichen Umfang sind meine Ärztinnen der vertretungsberechtigten Person gegenüber von der Schweigepflicht entbunden.

Teil III) Angaben zum Aufnahmegespräch/ Krisengespräch und zur Kontaktaufnahme mit bisherigen Behandlern

Die folgenden Angaben unter Teil III dienen dazu, in einer Akutsituation alle Möglichkeiten auszuschöpfen, damit Sie sich als Patientin in der Klinik möglichst sicher und ruhig fühlen. So kann es sein, dass eine nahestehende Person, die beim Aufnahmegespräch anwesend ist, Ihnen Halt gibt und den Eintritt erleichtert.

3A) Ich möchte, dass folgende Person wenn immer möglich bei einem Aufnahmegespräch in der Klinik oder einem Krisengespräch beigezogen wird,

Name, Vorname, Adresse, Tel., E-mail:

Freiwillige Angabe der Begründung, (z.B.

- *weil mich dies beruhigt, oder*
- *weil Alternativen zur Klinikeinweisung, an denen diese Person beteiligt wäre, mit ihr besprochen werden können bzw. sollen, oder*
- *die Behandlung der ersten 24 Stunden mit ihr besprochen werden kann, oder*
- *damit ich mich nicht so hilflos fühle):*

3B) Folgende Fachpersonen kennen mich und meine vorausgehenden Behandlungen und sollen / dürfen (*Nichtgewünschtes streichen*) unter folgender Telefonnummer und Adresse für Informationen angefragt werden.

1. _____, erreichbar unter folgender Adresse und

Telefonnummer: _____

2. _____, erreichbar unter folgender Adresse und

Telefonnummer: _____

Teil IV) Angaben zu Alternativen zu einer Klinikeinweisung

4) Ich bevorzuge folgende ambulante / teilstationäre Therapien oder Einrichtungen als Alternative zu einer psychiatrischen Klinik:

Begründung (*freiwillig*) _____

Teil V) Angaben zur Wahl der Klinik*

5A) Im Falle einer notwendigen, stationären Einweisung in eine psychiatrische Klinik bevorzuge ich der Reihenfolge nach folgende Klinik(en)

1. Name: _____

2. Name: _____

3. Name: _____

5B) Ich wünsche **keine** Einweisung in folgende Kliniken oder Institutionen *

Name: _____

Begründung (*freiwillig*):

Name: _____

Begründung (*freiwillig*):

Name: _____

Begründung (*freiwillig*):

* Es ist gut möglich, dass dieser Wahl bei einer fürsorgerischen Unterbringung wegen Platzmangels in der gewünschten Klinik oder weil der Klinikeintritt schnell nötig ist, nicht oder erst in einem zweiten Schritt entsprochen werden kann.

Teil VI) Angaben zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (alle beteiligten Berufsgruppen betreffend)

In der vorliegenden Patientenverfügung sind die Willensbekundungen als Zustimmung, Ablehnung oder Wünsche formuliert. Auch Wünsche sind Zustimmungen zu der gewünschten Behandlung.

Angabe der gewünschten, akzeptierten und abgelehnten Therapien und Massnahmen

Sie können unter 6A – 6B ihre positiven und negativen Erfahrungen mit bisherigen Therapien und Massnahmen mitteilen.

Unter 6C – 6E können Sie die gewünschten, akzeptierten oder abgelehnten Therapien/Massnahmen angeben, z.B. „möglichst viele Gespräche“, „Psychopharmaka“, „Ergotherapie“, „möglichst viel Zeit alleine sein dürfen“, „die Möglichkeit, einen Zeichenblock und Bleistifte zu bekommen, weil mir malen hilft“, und oder Skills, die ihnen helfen, usw.

Für den Fall der Zustimmung zur Therapie mit Psychopharmaka, können Sie unter 6F-6I und 7A und 7B genauere Angaben dazu machen.

Für den Fall der Ablehnung von Psychopharmaka können Sie unter 7A und 7B andere Angaben für Situationen ernsthafter Gefährdungen machen.

6A) Bisher haben mir folgende Therapien oder unterstützende Massnahmen gut getan:

6B) Bisher haben mir folgende Therapien oder Massnahmen nicht gut getan:

6C) Ich wünsche und gebe die Zustimmung zu folgenden Therapien oder unterstützenden Massnahmen:

6D) Falls 6C aus gesetzlich zulässigen Gründen nicht realisierbar ist,

gebe ich die Zustimmung zu folgenden anderen Therapien oder Massnahmen:

gebe ich die Zustimmung zu anderen Therapien oder Massnahmen, welche meine vertretungsberechtigte Person nach Besprechung mit der aktuell zuständigen Ärztin für angemessen erachtet und von mir nicht unter Punkt 6E abgelehnt werden.

gebe ich die Zustimmung zu anderen Therapien oder Massnahmen, welche mein niedergelassene(r) Arzt/Ärztin (siehe 3B) nach Besprechung mit der aktuell zuständigen Ärztin (z.B. in der Klinik) für angemessen erachtet und von mir nicht unter Punkt 6E abgelehnt werden.

gebe ich die Zustimmung zu anderen Therapien oder Massnahmen, soweit sie von mir nicht unter 6E abgelehnt werden.

gebe ich **keine** Zustimmung zu anderen Therapien oder Massnahmen (* siehe Kasten nach 6E).

6E) Ich lehne folgende Therapien oder Massnahmen ab (*siehe Kasten nach 6E):

*Mir ist bewusst, dass in Situationen, in denen ohne Behandlung entweder meine Gesundheit oder das Leben/ die körperliche Integrität anderer Menschen ernsthaft gefährdet sind, es möglich ist, dass diese Angaben in der Klinik übergangen werden. Das muss mir aber schriftlich begründet werden und ich kann dagegen rechtlich vorgehen.

Nähere Angaben bezüglich Psychopharmaka bei Zustimmung zur Psychopharmakatherapie

(Betreffend Angaben zum möglichst aktuellen Stand der Medikation siehe Anhang)

6F) Wenn ich in einer Krisensituation in die Klinik eingewiesen werde, möchte ich,

eine sofortige Erhöhung der Dosis (Medikament: _____, max.

Dosis gemäss meiner Erfahrung: _____).

dass zunächst mit einer Erhöhung der Dosis der Medikamente zugewartet wird, (z.B. weil die Atmosphäre in der Station mich beruhigt, die Entlastung von der Verantwortung aus dem Alltag eine Beruhigung bringt).

(6G und 6H sind Alternativen)

6G)

Ich gebe mein Einverständnis bezüglich der Medikation, welche meine vertretungsberechtigte Person nach Besprechung mit der aktuell zuständigen Ärztin für angemessen erachtet und nicht unter Punkt 6E aufgeführt ist.

Ich gebe mein Einverständnis bezüglich der Medikation, welche meine, mich üblicherweise behandelnde Ärztin (Name:) _____ nach Besprechung mit dem aktuell zuständigen Arzt (z.B. in der Klinik) für angemessen erachtet und nicht unter Punkt 6E aufgeführt ist. *(Adresse und Telefon der Ärztin wird unter 3B angegeben)*

6H) Ich erkläre mich einverstanden bezüglich einer medikamentösen Therapie mit folgenden Medikamenten

	Name Medikament	Max. Dosis	gewünschte Verabreichungsform	gewünschte Tageszeit
1. Wahl				
1. Wahl				
2. Wahl				
2. Wahl				

6I) Ich gebe **keine** Einwilligung für eine Behandlung mit folgenden Medikamenten und / oder (*Nichtzutreffendes streichen*) Generika:

Name Medikament	Begründung (<i>freiwillig</i>)
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Teil VII) Angaben für ernsthafte Gefährdungssituationen

7A) In Situationen, in denen ich meine Gesundheit oder die körperliche Integrität oder das Leben anderer Menschen ernsthaft gefährde, bevorzuge ich folgende **Massnahme** (*Es geht um die Angabe, welche der folgenden Massnahme Sie gegenüber den anderen bevorzugen:*

- *Isolierung (in einem Zimmer)*
oder
- *Fixierung (auf dem Bett)*
oder
- *Medikamente*
 - *Oral*
 - A. *Tabletten/Kapseln/Dragees (feste Form)*
 - B. *Tropfen/Sirup (flüssige Form)*
 - C. *Lutschtabletten (sublinguale Darreichungsform), oder*
 - *intramuskulär per Spritze*
- *oder andere*

Bitte die erste Wahl zuerst angeben, dann die zweite Wahl etc. Es können auch weniger oder mehr genannt werden.

- | | |
|----|-----------------------------------|
| 1. | Begründung (<i>freiwillig</i>): |
| 2. | Begründung (<i>freiwillig</i>): |
| 3. | Begründung (<i>freiwillig</i>): |
| 4. | Begründung (<i>freiwillig</i>): |

7B) (*Für den Fall, dass Sie grundsätzlich eine Therapie mit Psychopharmaka ablehnen, jedoch eine ernsthafte Gefährdungssituation vorliegt, in welcher die Chefärztin die Anwendung von Psychopharmaka für unumgänglich hält, können Sie mit den folgenden Angaben die Wahl bestimmter Psychopharmaka und ihre Menge beeinflussen. Die Chefärztin muss diese Angaben berücksichtigen.*)

Ich erkläre mich in Situationen, in denen ich meine Gesundheit oder die körperliche Integrität oder das Leben anderer Menschen ernsthaft gefährde, einverstanden mit einer medikamentösen Therapie mit folgenden Medikamenten

1. Wahl

Name Medikament max. Tagesdosis oder max. Einzeldosis
(Nichtzutreffendes streichen)

und

Name Medikament max. Tagesdosis oder max. Einzeldosis
(Nichtzutreffendes streichen)

2. Wahl

Name Medikament max. Tagesdosis oder max. Einzeldosis
(Nichtzutreffendes streichen)

und

Name Medikament max. Tagesdosis oder max. Einzeldosis
(Nichtzutreffendes streichen)

Teil VIII) Angaben betreffend soziale Kontakte und Weitergabe von Informationen

Wünsche bezüglich sozialen Kontakten

8A) Folgende Personen sollten in den ersten Tagen meines Klinikaufenthaltes möglichst viel Zeit mit mir verbringen (inkl. Kontaktinformation), falls dies nicht kontraindiziert ist:

8B) Mit folgenden Personen möchte ich in den ersten Tagen keinen Kontakt haben, auch wenn sie von sich aus in die Klinik kommen:

Weitergabe von Informationen (*siehe auch 2B*)

8C) Folgende Personen sollen absolut keine Informationen erhalten:

Name, Vorname _____

Adresse _____

Name, Vorname _____

Adresse _____

8D) An folgende Personen (Privatpersonen und/oder Therapeutinnen) sollen/ dürfen
(*Nichtgewünschtes streichen*) folgende Informationen weitergegeben werden:

1. Name, Vorname:

(*Zutreffendes bitte ankreuzen*))

- Klinikaufenthalt
- Allgemeine Umschreibung des gesundheitlichen Zustandes
- Konkrete Diagnose
- Behandlungsart
- Voraussichtlicher Austritt
- Voraussichtlicher Beginn der (Teil)arbeitsfähigkeit

(*weitere Informationen:*)

2. Name, Vorname:

(*Zutreffendes bitte ankreuzen*))

- Klinikaufenthalt
- Allgemeine Umschreibung des gesundheitlichen Zustandes
- Konkrete Diagnose
- Behandlungsart
- Voraussichtlicher Austritt
- Voraussichtlicher Beginn der (Teil)arbeitsfähigkeit

(*weitere Informationen:*)

Informationen betreffend Klinikaustritt

8E)

Ich bin einverstanden,...

Ich bin nicht einverstanden,...

dass jene Personen, in deren Wohnung (oder das Heim oder die betreute Wohnform), ich aus der Klinik entlassen werden soll, eine angemessene Zeit vor Austritt informiert werden über

den Zeitpunkt des voraussichtlichen Austritts

jene Aspekte meines Gesundheitszustandes, die das Zusammenleben betreffen.

folgende weitere Inhalte: _____

Zustellung des Austrittsberichtes

8F) Ich bin damit einverstanden, dass der Austrittsbericht an folgende Personen weitergeleitet wird (z.B. meine mich üblicherweise behandelnde Ärztin, Zuweiserin, behandelnde Psychologin, Hausärztin, oder andere, mit Adresse):

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Teil IX) Weitere Anliegen (mit freiwilliger Begründung)

Teil X) Unterzeichnung:

Datum: _____

Unterschrift: _____

(Der folgende Abschnitt dient der Aktualisierung Ihrer Patientenverfügung. Wir empfehlen Ihnen periodisch (ungefähr alle zwei Jahre) Ihre Verfügung zu überprüfen, neu zu datieren und zu unterschreiben.)

Aktualisierung:

Ich bestätige, dass die Patientenverfügung mit der erneuten Unterschrift noch immer meinem Willen entspricht:

Datum: _____

Unterschrift: _____

Ich bestätige, dass die Patientenverfügung mit der erneuten Unterschrift noch immer meinem Willen entspricht:

Datum: _____

Unterschrift: _____

Ich bestätige, dass die Patientenverfügung mit der erneuten Unterschrift noch immer meinem Willen entspricht:

Datum: _____

Unterschrift: _____

Anhang: Medikamente

Personalien

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnadresse: _____

Versicherten-Nr. bei der Krankenkasse: _____

Ich nehme zur Zeit, das heisst am (*Datum*) folgende Medikamente

1. _____ mit folgender Dosis _____

2. _____ mit folgender Dosis _____

3. _____ mit folgender Dosis _____

Unterschrift:

Beratung / Unterstützung

Falls Sie Fragen haben zum Erstellen Ihrer Psychiatrischen Patientenverfügung, oder Ihre vertretungsberechtigte Person Näheres zu Ihren Rechten und Aufgaben wissen möchte, unterstützt die Stiftung Pro Mente Sana Sie gerne:

Pro Mente Sana

Pro Mente Sana ist eine schweizerische Stiftung, die sich für die Interessen von psychisch beeinträchtigten Menschen einsetzt. Dazu gehören das Fördern eines breiten Verständnisses der Öffentlichkeit für ihre Lebenslagen, eine Behandlung auf Augenhöhe sowie eine Verbesserung ihrer rechtlichen und ökonomischen Situation. Recovery, Trialog und der Einsatz von Peers sind wesentliche Grundsätze für die Arbeit von Pro Mente Sana.

Dialog Ethik

DIALOG ETHIK ist eine unabhängige Non-Profit-Organisation. Das interdisziplinäre Team von Fachpersonen widmet sich der Frage nach dem bestmöglichen Handeln und Entscheiden im Gesundheits- und Sozialwesen. Spezialisiert ist das Institut auf den Wissenstransfer von der Wissenschaft in die Praxis und umgekehrt. Dialog Ethik unterstützt Fachpersonen, Patienten, Spitäler, Alters- und Pflegeheime und weitere Organisationen. Ausserdem fördert Dialog Ethik öffentliche Diskussionen und Debatten zu ethischen Fragen. Die Patientenverfügung ist ein Entscheidungsinstrument einerseits zum Wohle der Patienten und andererseits zur Entlastung der Angehörigen und des Personals.

Wo kann ich die psychiatrische Patientenverfügung beziehen?

Stiftung Pro Mente Sana
Hardturmstrasse 261
Postfach
8031 Zürich

Beratungstelefon 0848 800 858 (Normaltarif)
Hauptnummer 044 563 86 00
Fax 044 563 86 17
kontakt@promentesana.ch
www.promentesana.ch

Stiftung Dialog Ethik
Interdisziplinäres Institut für Ethik im
Gesundheitswesen
Schaffhauserstrasse 418
8050 Zürich

Tel. 044 252 42 01
Fax 044 252 42 13
info@dialog-ethik.ch
www.dialog-ethik.ch

Die somatische Patientenverfügungen von Dialog Ethik

Falls Sie für Situationen einer nicht-psychiatrischen Erkrankung vorsorgen möchten, können Sie eine „klassische“ Patientenverfügung erstellen. Dialog Ethik hat ebenfalls eine somatische Patientenverfügung herausgegeben, die Sie unter der folgenden Adresse bestellen oder gratis herunterladen können:

www.dialog-ethik.ch; Dialog Ethik, Schaffhauserstrasse 418, 8050 Zürich.

Die gedruckte Version der Patientenverfügung kostet CHF 22.50 inkl. Wegleitung.

Fragebogen zur Psychiatrischen Patientenverfügung

In Hinblick auf die Überarbeitung und Anpassung der vorliegenden Patientenverfügung sind wir sehr an ihrer Rückmeldung interessiert. Bitte nehmen Sie sich doch 10 Minuten Zeit, um die folgenden Fragen zu beantworten

Sind Sie Psychiatrieerfahrene/r ja nein

Fragen zur Patientenverfügung

Verständlich? ja nein

Begründung, falls nicht verständlich:

Umfang? gerade richtig zu lang zu kurz

Begründung: Was fehlt? Was ist überflüssig?

Fragen zur „Wegleitung“:

Verständlich? ja nein

Begründung, falls nicht verständlich:

Umfang? gerade richtig zu lang zu kurz

Begründung: Was fehlt? Was ist überflüssig?

Datum:

Unterschrift:

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen per Post an:
Stiftung Pro Mente Sana
Hardturmstrasse 261, Postfach
8031 Zürich

oder per E-Mail an kontakt@promentesana.ch