

# Gesundheitliche Vorausplanung



Ärztliche Notfallanordnung (ÄNA) vom \_\_\_\_\_ (Datum)

|                                                 |
|-------------------------------------------------|
| <b>Patientin/Patient, Geburtsdatum, Adresse</b> |
| _____                                           |
| _____                                           |

In den Rubriken **R**, **I** und **S** kann jeweils nur ein Kreuz gesetzt werden.

- Zustimmung zu Reanimationsmassnahmen bedeutet auch Zustimmung zu intensivmedizinischer Behandlung und zu einer Einweisung ins Spital.
- Zustimmung zu intensivmedizinischer Behandlung bedeutet auch Zustimmung zu einer Einweisung ins Spital.

|                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>R / Wiederbelebung/Reanimation</b>                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Ich stimme Reanimationsmassnahmen zu.                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Ich will nicht reanimiert werden.                                                                                                             |
| <b>I / Intensivmedizinische Behandlung</b>                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Ich stimme einer intensivmedizinischen Behandlung einschliesslich invasiver Beatmung über einen Tubus zu.                                     |
| <input type="checkbox"/> Ich stimme einer intensivmedizinischen Behandlung ohne invasive Beatmung über einen Tubus zu.                                                 |
| <input type="checkbox"/> Ich will keine intensivmedizinische Behandlung.                                                                                               |
| <b>S / Einweisung ins Spital</b>                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Ich stimme einer Einweisung ins Spital zu.                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Ich will nicht ins Spital, sondern will – wenn möglich – an meinem aktuellen Lebensort verbleiben und stimme lebenserhaltenden Massnahmen zu. |
| <input type="checkbox"/> Ich will nicht ins Spital, sondern will – wenn möglich – an meinem aktuellen Lebensort verbleiben. Ich lehne lebenserhaltende Massnahmen ab.  |

Diese Notfallanordnung ist Ausdruck meines Willens.  
Ort, Datum, Unterschrift verfügende Person:

\_\_\_\_\_  
Institution, Name, Vorname Ärztin/Arzt:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift:

Stempel Ärztin, Arzt / Institution

|                                                |
|------------------------------------------------|
| <b>Patientenverfügung:</b>                     |
| <input type="checkbox"/> Ja, Hinterlegungsort: |
| <input type="checkbox"/> Nein                  |