

# Meine Patientenverfügung

Ich

Vorname, Name:

geboren am:

erkläre hiermit im vollen Besitz meiner geistigen Fähigkeiten und nach reiflicher Überlegung Folgendes:

## Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen

Sollte ich meine Denkfähigkeit verloren haben oder meine Gedanken aus anderen Gründen nicht mehr mitteilen können, soll dort, wo ich gepflegt und ärztlich behandelt werde, auf Massnahmen verzichtet werden, welche *ausschliesslich* einer Lebensverlängerung dienen, wenn ich an einer der folgenden Erkrankungen leiden sollte:

- an einem unheilbaren Krebsleiden in fortgeschrittenem Stadium
- an einer anderen unheilbaren, in naher Zukunft zum Tode führenden Krankheit zum Beispiel des Herzens, der Blutgefässe und der Lungen
- an einer unaufhaltsam fortschreitenden und unheilbaren Erkrankung des Gehirns
- an einem Zustand lang dauernder tiefer Bewusstlosigkeit mit erhaltener spontaner Atem- und Herztätigkeit (permanent vegetativer Zustand)
- an einer schweren Verletzung des Schädels und anderer Organe ohne Aussicht auf Besserung

## Bestmögliche palliative Behandlung

Auch wenn auf lebensverlängernde Massnahmen verzichtet wird, wünsche ich eine bestmögliche Behandlung (sogenannte Palliativmedizin) meiner Beschwerden wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Depression, sei dies zu Hause durch meine Ärztin oder meinen Arzt, im Alters- oder Pflegeheim, in einem Spital, Hospiz oder in einer anderen Institution. Ich nehme in Kauf, dass Massnahmen, die zur Linderung meiner Beschwerden geeignet und nötig sind, meine Lebenszeit verkürzen könnten.

## Organspende

Ich verfüge ferner mit meiner nachfolgenden Unterschrift „ja zur Organspende“, dass mir meine transplantierbaren Organe entnommen werden dürfen, wenn die dafür qualifizierten Ärztinnen oder Ärzte meinen Hirntod festgestellt haben. Ohne meine Unterschrift unter diesen Abschnitt dürfen mir im Todesfalle gemäss geltendem Recht keine Organe entnommen werden.

## Ja zur Organspende

Nur gültig mit nebenstehender eigenhändiger Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Vollmacht an Vertrauensperson

Falls ich urteilsunfähig werde, bezeichne ich untenstehend folgende Vertrauenspersonen. Sie können mich vertreten und über meinen mutmasslichen Willen Auskunft geben:

Vertrauensperson 1  
Name, Vorname

Vertrauensperson 2  
Name, Vorname

## Vorbehalt

Solange ich mich selbst äussern kann, hat diese Verfügung keine Rechtsgültigkeit. Ich beanspruche das Recht, den Inhalt dieser Verfügung neu zu überdenken, zu verwerfen oder zu bestätigen, wenn meine Denk- und Urteilsfähigkeit zurückkehren sollten.

Besonderes,  
zusätzliche  
Bemerkungen:

Ort, Datum:

Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Meine Patientenverfügung

► Bitte vollständig ausfüllen

## Angaben zu meiner Person:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort:  \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

## Vertrauensperson 1

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort:  \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_  
E-mail-Adresse: \_\_\_\_\_

## Vertrauensperson 2

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort:  \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_  
E-mail-Adresse: \_\_\_\_\_

## Ärztin/Arzt

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort:  \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_  
E-mail-Adresse: \_\_\_\_\_

## Religiöser Beistand

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort:  \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_  
E-mail-Adresse: \_\_\_\_\_

## Bestattung

Gewünschte Form: \_\_\_\_\_

Erstellungsdatum: .. Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bestätigungsdatum: .. Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bestätigungsdatum: .. Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bestätigungsdatum: .. Unterschrift: \_\_\_\_\_