



# Ihre Patientenverfügung

**Die nachfolgenden Anordnungen habe ich im Besitz meiner Urteilskraft und nach reiflicher Überlegung getroffen für den Fall, dass ich wegen Urteilsunfähigkeit nicht mehr in der Lage bin, Entscheidungen zu treffen und/oder diese mitzuteilen. Meine hiermit geäusserten Willensbekundungen sind verbindlich nach Art. 372 Abs. 2, ZGB.**

## 1. Persönliche Daten

Frau      Herr

Vorname

Nachname

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum

E-Mail

Telefon privat

Mobile

## 2. Vollmacht

Ich beauftrage und bevollmächtige mit dieser Patientenverfügung für den Fall meiner Urteilsunfähigkeit die folgende Vertrauensperson, medizinische Massnahmen in meinem Sinne anzuordnen:

### 2.1 Vertretungsberechtigte Person

Frau      Herr

Vorname

Nachname

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum

E-Mail-Adresse

Telefon privat

Mobile

Ich habe die vertretungsberechtigte Person über meine Patientenverfügung informiert und den Inhalt mit ihr besprochen:      Ja      Nein

## 2.2 Vertretungsberechtigte Ersatzperson

Sollte die unter Ziffer 2.1 genannte Person die Aufgabe nicht wahrnehmen können, sie ablehnen oder kündigen, beauftrage und bevollmächtige ich als Ersatzperson:

Frau      Herr

Vorname

Nachname

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum

E-Mail

Telefon privat

Mobile

Ich habe die vertretungsberechtigte Person über meine Patientenverfügung informiert und den Inhalt mit ihr besprochen:      Ja      Nein

## 2.3 Keine vertretungsberechtigte Person

Ich verzichte auf die Nennung einer bevollmächtigten Person.  
Das medizinische Behandlungsteam soll den Inhalt meiner Patientenverfügung bestmöglich umsetzen.

## 3. Behandelnde:r Ärztin oder Arzt (freiwillig, wenn vorhanden)

Vorname/Nachname/Praxis

Telefon

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Meine Ärztin oder mein Arzt soll im Fall meiner Hospitalisierung benachrichtigt werden:      Ja      Nein

## 4. Medizinische Anordnungen

### 4.1 Notfallsituation

- Es sollen ALLE medizinisch Massnahmen (inklusive Reanimation) zur Behandlung der akuten Erkrankung und zur Wiedererlangung der Urteilsfähigkeit getroffen werden.
- Es soll NICHT reanimiert werden. Mit einer Behandlung auf einer Intensivstation bin ich aber einverstanden.
- Es soll NICHT reanimiert werden und es sollen KEINE intensivmedizinischen Massnahmen (insbesondere Beatmung) durchgeführt werden.
- Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, Angst oder andere belastende Symptome sollen in jedem Fall behandelt werden.

### 4.2 Nach den ersten Massnahmen

Wenn sich mein Zustand stabilisiert hat und sich zeigt, dass ein Wiedererlangen der Urteilsfähigkeit wenig wahrscheinlich und die Gefahr einer länger dauernden Pflegebedürftigkeit hoch ist, möchte ich, dass:

- sämtliche medizinischen Massnahmen, die zur Lebensverlängerung beitragen und medizinisch sinnvoll sind, **WEITERGEFÜHRT** werden.
- auf weitere lebenserhaltende Massnahmen **VERZICHTET** wird. Das Therapieziel soll ausschliesslich ein bestmögliches Befinden sein, insbesondere bei Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, Angst oder anderen Leiden (palliative Massnahmen).
- lebensverlängernde Massnahmen **NUR** bei Erhaltung der Lebensqualität weitergeführt werden. Ich wünsche folgende Behandlungen:
  - Behandlung auf der Intensivstation
  - Künstliche Beatmung
  - Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

Meine Bemerkungen zu medizinischen Behandlungen:

## 4.3 Organspende

- Ich gestatte im Falle meines Todes die Entnahme jeglicher Organe, Gewebe und Zellen und die damit verbundenen vorbereitenden organerhaltenden medizinischen Massnahmen.
- Ich gestatte im Falle meines Todes NUR die Entnahme von folgenden Organen und/oder Zellen und Gewebe:
  
- Ich verbiete die Entnahme von Organen, Geweben und Zellen aus meinem Körper.

Hinweis: Im Mai 2022 hat sich die Schweizer Stimmbevölkerung für die Widerspruchslösung bei der Organspende ausgesprochen. Das heisst, alle Schweizer Bürger ab 16 Jahren sind automatisch Organspender – wenn sie das nicht ausdrücklich ablehnen. *Die neue Regelung gilt ab dem Zeitpunkt deren Einführung, frühestens 2026.*

## 5. Meine Werte

Ich vertraue darauf, dass die vertretungsberechtigte Person ihr Mandat mit aller Sorgfalt ausübt. Kommt es zu einer Situation, die ich nicht in Betracht gezogen habe, mögen meine geäusserten Werte als Orientierung dienen. Im Zweifelsfall soll meine Vertrauensperson nach ihrem Ermessen entscheiden, was in meinem Sinn wäre.

Meine Motivation/Absicht eine Patientenverfügung zu erstellen:

Das macht für mich das Leben lebenswert:

Diese Krankheitserfahrungen (persönliche oder von Drittpersonen) haben mich geprägt:

Diese Einschränkungen und Abhängigkeiten sind für mich sehr schwer zu ertragen –  
oder sogar so gravierend, dass ich nicht mehr weiterleben möchte:

Das Sterben bedeutet für mich (persönliche, religiöse oder spirituelle Überzeugungen und Wunsch nach  
religiöser oder spiritueller Begleitung):

Weitere Punkte:

## 6. Ärztliche Bestätigung (empfohlen)

Ärztliche Bestätigung meiner Urteilsfähigkeit zum Zeitpunkt des Erstellens dieser Patientenverfügung:

Vorname/Nachname/Praxis

Telefon

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel

## 7. Verwaltung

Das Original meiner Patientenverfügung ist bei mir zuhause und zwar hier hinterlegt:

Je eine Kopie meiner Patientenverfügung habe ich übergeben an:

- meine vertretungsberechtigte Person
- meine vertretungsberechtigte Ersatzperson
- meine:n behandelnde:n Ärztin oder Arzt

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und Anordnungen:

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Vorname, Nachname

## 8. Erneuerungen

Wir empfehlen, die Patientenverfügung alle zwei bis drei Jahre zu prüfen und wo nötig anzupassen und neu zu unterschreiben.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------