

MEINE PATIENTENVERFÜGUNG

Name: _____ Vorname: _____ Geboren am: _____
Adresse: _____ PLZ/Wohnort: _____

Für den Fall, dass ich urteilsunfähig werde oder mich selber nicht mehr äussern kann, will ich folgendes:

- Vorerst sollen alle medizinisch indizierten Massnahmen getroffen werden, um Bewusstsein, Sprechfähigkeit und Vorzustand wieder herzustellen.
- Bei endgültiger Bewusstlosigkeit, schwerer Dauerschädigung des Gehirns, aussichtsloser Prognose oder im fortgeschrittenen Stadium einer unheilbaren Krankheit (z.B. Krebs, Demenz) sowie wenn elementare Lebensfunktionen ausfallen - und ich aufgrund des Zustandes sterben werde - sind Wiederbelebung und alle das Leben erhaltenden oder verlängernden Massnahmen zu unterlassen.
- Ich wünsche dann lediglich Palliativpflege, dass für Linderung von Schmerzen, Atemnot, Angst, Brechreiz usw. gesorgt wird, auch wenn dies zu weiteren Bewusstseins Einschränkungen oder zu unbeabsichtigtem früherem Sterben führt.
- Über meinen Willen sind folgende Personen orientiert: (Name, Adresse, Tel.-Nr., Mobil-Nr.). Ihre Entscheidungskompetenz über das weitere Vorgehen, die vorzunehmenden Massnahmen:

_____ soll entscheiden

_____ darf entscheiden

_____ darf entscheiden

_____ darf entscheiden

- Ich wünsche eine seelsorgerische/religiöse Begleitung in meiner Konfession:.....
 Ja wenn möglich Nein möglichst durch (Name, Adresse, Tel.-Nr.):

- Ich erlaube meine Organe zu spenden Ja Nein
- Ich erlaube eine Autopsie Ja Nein
- Ich wünsche Kremation Erdgrab Gemeinschaftsgrab Wo Bestattung?
 Anatomie (Vertrag abgeschlossen)

- Bemerkungen, 1. Testament(wo?), 2. Bankkonto(für Partner), 3. Vorsorgeauftrag(handschriftlich, wo?),
(erledigt, Wünsche) 4. Todesanzeigen, 5. Abdankungsfeier, 6. Vergabungen, 7. Grab/Grabstein usw.

_____ Wenden, siehe Rückseite

- Eine Kopie dieser Verfügung hat mein Arzt: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Diese Patientenverfügung wurde von mir erneuert am:

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____