



**PATIENTENVERFÜGUNG** erstellt von:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Strasse / Nr.	PLZ / Ort

Für den Fall, dass ich urteilsunfähig bin, möchte ich:

- dass alle medizinisch indizierten Massnahmen (inklusive Reanimation) zur Behandlung der akuten Erkrankung und zur Wiedererlangung der Urteilsfähigkeit getroffen werden;

**oder**

- nicht reanimiert werden und es keine intensiv medizinischen Massnahmen (insbesondere Beatmung) durchgeführt werden:

**oder**

- nicht reanimiert werden, bin mit einer Behandlung auf einer Intensivstation aber einverstanden.

Wenn sich nach initialer Stabilisierung meines Zustandes zeigt, dass eine Wiedererlangung der Urteilsfähigkeit wenig wahrscheinlich und die Gefahr einer länger dauernden Pflegebedürftigkeit hoch ist, möchte ich dass:

- alle Massnahmen zur Lebenserhaltung weitergeführt werden, solange noch eine Hoffnung auf Wiedererlangen der Urteilsfähigkeit besteht;
- auf weitere lebenserhaltende Massnahmen verzichtet wird.

Ich wünsche in jedem Fall die wirksame Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Angst, Unruhe, Atemnot und Übelkeit.

- Ich habe nachfolgend genannte Vertretungspersonen eingesetzt, welche ich ermächtige, meinen Willen gegenüber dem Behandlungsteam geltend zu machen. Diese Person ist über meinen Zustand zu informieren und in die Entscheidungsfindung einzubeziehen; sie kann meine Krankengeschichte einsehen und ich entbinde ihr gegenüber sämtliche Ärzte und Pflegefachpersonen von der Schweigepflicht.

Name, Vorname	
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Tel. Privat	Tel.Geschäft
Mobil	E-Mail

Kann meine Vertrauensperson nicht kontaktiert werden oder kann sie aus anderen Gründen diese Aufgabe nicht wahrnehmen, so bestimme ich folgende Ersatzperson:

Name, Vorname

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Tel. Privat

Tel. Geschäft

Mobil

E-Mail

Ich habe die Patientenverfügung mit meiner Vertretungsperson besprochen.

Name, Vorname (behandelnder Arzt / Ärztin)

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Tel. Geschäft

E-Mail

Ich habe die Patientenverfügung mit dem behandelnden Arzt, der behandelnden Ärztin, besprochen.

## Organspende

Ich sage **JA** zur Entnahme jeglicher Organe, Gewebe und Zellen und zu den damit verbundenen vorbereitenden Massnahmen.

Ich sage **JA** zur Entnahme folgender Organe, Gewebe und Zellen und zu den damit verbundenen vorbereitenden Massnahmen.

Herz

Dünndarm

Leber

Bauspeicheldrüse (Pankreas)

Lunge

Augenhornhaut (Cornea)

Nieren

Herzklappen und Blutgefässe

weitere Gewebe und Zellen

Ich sage **NEIN** zur Entnahme jeglicher Organe, Gewebe und Zellen aus meinem Körper

Ich überlasse den Entscheid meinen Angehörigen

Ort, Datum

Unterschrift

### Hinweise:

- Dokument basiert auf der Empfehlung der FMH
- Bewahren Sie Ihre Patientenverfügung so auf, dass sie bei Bedarf gefunden werden kann. Sie können eine Kopie bei Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt hinterlegen und eine digitale Version bei der Finanzberatungskanzlei Rosenberg.