
PATIENTENVERFÜGUNG

Ersteller / potentieller Patient / Vollmachtgeber

Name / Vorname _____
Geburtsdatum _____
Strasse / Nr _____
PLZ / Ort _____

Medizinische Massnahmen

Für den Fall meiner Urteilsunfähigkeit möchte ich:

- die Ergreifung aller medizinisch indizierten Massnahmen, inkl. Reanimation, bis zur Wiedererlangung der Urteilsfähigkeit
- eine Behandlung auf der Intensivstation, aber keine Reanimation;
- keine Reanimation, keine intensivmedizinischen Massnahmen (keine künstliche Beatmung);
- nach initialer Stabilisierung meines Zustandes, wenn die Wiedererlangung meiner Urteilsfähigkeit unwahrscheinlich und die Gefahr einer Dauerpflegebedürftigkeit hoch ist,
 - ein Fortsetzung der Lebenserhaltungsmassnahmen;
 - ein Verzicht auf weitere Lebenserhaltungsmassnahmen;
- in jedem Fall die Schmerz-, Angst-, Unruhe-, Atemnot- und Übelkeits-Behandlung.

Schweigepflichtentbindung und Vollmacht

Ich setze die nachgenannte Vertretungsperson bzw. Ersatzvertretungsperson ein, mit der Entbindung aller Ärzte und Pflegefachpersonen von ihrer Schweigepflicht und mit der Ermächtigung

- zur Geltendmachung meines Willens gegenüber dem Medizinalpersonal;
- zur Entgegennahme der Zustandsinformation und zur Einsichtnahme in meine Krankengeschichte;
- zur Mitwirkung bei der Entscheidungsfindung resp. zur Entscheidung.

Vertretungsperson / Stellvertreter

Name / Vorname _____
persönliches Verhältnis _____
Strasse/Nr. _____
PLZ/Ort _____
Telefon Privat _____
Telefon Geschäft _____
Mobilephone _____

Ersatz-Vertretungsperson / Ersatz-Stellvertreter

für den Fall, dass die erstberufene Vertretungsperson nicht erreichbar ist oder ihre Funktion aus anderen Gründen nicht wahrnehmen kann:

Name / Vorname _____
persönliches Verhältnis _____
Strasse/Nr. _____
PLZ/Ort _____
Telefon Privat _____
Telefon Geschäft _____
Mobilephone _____

Vorbehalt

Sofern und soweit ich mich selber äussern kann, wirkt diese Patientenverfügung nicht. Ich behalte mir vor, nach Wiedererlangung meiner Urteilsfähigkeit diese Patientenverfügung zu ändern oder zu ergänzen.

Organspende

- Ich möchte meine Organe, Gewebe und Zellen spenden und gestatte hierfür die Entnahme.
- Ich möchte nur die Organ-Entnahme von _____
- Ich möchte kein Organ spenden.

Gewünschte Bestattungsart

- Erdbestattung
- Baumbestattung
- Urnenbestattung
- Seebestattung

Hausarzt

Name / Vorname _____
persönliches Verhältnis _____
Strasse/Nr. _____
PLZ/Ort _____
Telefon Privat _____
Telefon Geschäft _____
Mobilephone _____

Religiöser Beistand / Seelsorger

Name / Vorname _____
persönliches Verhältnis _____
Strasse/Nr. _____
PLZ/Ort _____
Telefon Privat _____
Telefon Geschäft _____
Mobilephone _____

Ort _____, Datum _____

Unterschrift

Hinweise

- Handschriftliche Datierung und Unterzeichnung: Gültigkeitsvoraussetzung (ZGB 371 Abs. 1).
- Amtliche Unterschriftenbeglaubigung: zweckmässig
- Aufbewahrung: möglichst gut auffindbar oder auf sich tragen
- Hinterlage bei Hausarzt und / oder Vertrauensperson: empfehlenswert
- Information: Vertretungsperson und Ersatz-Vertretungsperson
- Wer eine Patientenverfügung errichtet hat, kann diese Tatsache und den Hinterlegungsort auf der Versichertenkarte eintragen lassen. Der Bundesrat erlässt die nötigen Bestimmungen, namentlich über den Zugang zu den Daten (ZGB 371 Abs. 2).