

### Patientenverfügung

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Wohnadresse \_\_\_\_\_  
Heimatort \_\_\_\_\_

### Medizinische Massnahmen

Für den Fall, dass ich urteilsunfähig werde und nicht selbst über die notwendigen medizinischen Massnahmen entscheiden kann, möchte ich, dass vorerst alle medizinisch indizierten Massnahmen zwecks Wiedererlangung der Urteilsfähigkeit getroffen werden.

Erweist es sich jedoch nach sorgfältigem ärztlichen Ermessen als unmöglich oder unwahrscheinlich, dass ich meine Urteilsfähigkeit wieder erlange, so verfüge ich den Verzicht auf alle Massnahmen, die nur eine Lebens- und Leidensverlängerung zur Folge haben.

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

### Bezeichnung einer Vertrauensperson

- Ich habe bisher keine Vertrauensperson eingesetzt.
- Ich setze nachfolgende Vertrauensperson ein, die 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 \_\_\_\_\_  
Wohnadresse \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

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

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Wohnadresse \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

- Ich habe die Vertrauensperson über die Patientenverfügung informiert.

**Bestattungsart**

Ich wünsche, dass mein Körper nach dem Tod

- kremiert wird;
- erdbestattet wird.

Ort, Datum

.....

Unterschrift

.....