

Patientenverfügung

Von

Name / Vorname

geboren am

Bürger(in) / Staatsangehörige(r) von

wohnhaft in

Ist meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit wegen Krankheit oder Unfalls beeinträchtigt, so dass ich nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äussern, verfüge ich hiermit:

1. **Medizinische Behandlung**

Ich leide an folgender Erkrankung:

.....

Mein Arzt, Dr.
 hat mich über den Verlauf und die Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt.
 Gerade ich wegen meiner Krankheit in folgenden Zustand:

.....

verzichte ich auf folgende Behandlung:

.....

Ich verlange aber folgende medizinische Massnahmen:

.....

Bestätigung des Arztes (fakultativ)
 Mit Datum und Unterschrift

.....

2. **Lebensverlängernde Massnahmen**

- ☐ Gerate ich in die Endphase einer tödlich verlaufenden Krankheit, wo keine Hoffnung mehr auf Besserung meines Zustandes besteht, dulde ich keine weiteren medizinischen Eingriffe, die mein Sterben oder Leiden nur noch verlängern. Insbesondere will ich keine Reanimation, kein künstliches Aufrechterhalten des Kreislaufes und keine künstliche Ernährung. Ich verlange eine optimale Linderung von Schmerzen und Beschwerden wie Atemnot, Angst, Hunger- und Durstgefühl oder Übelkeit.
- ☐ Diagnostizieren die Ärzte nach einem schweren Unfall meinen Hirntod, so verlange ich, dass alle lebenserhaltenden Massnahmen wie zum Beispiel künstliches Aufrechterhalten des Kreislaufes und künstliche Ernährung sofort eingestellt werden. Ich weiss, dass beim Hirntod das Gehirn so schwer geschädigt ist, dass ein selbstbestimmtes Leben selbst unter Einsatz von intensiv-medizinischen Massnahmen nicht mehr möglich ist. Mein Entscheid zur Organentnahme ist in dieser Verfügung festgehalten. Ich verlange aber ausreichende Behandlung zur optimalen Linderung von Schmerzen und Beschwerden wie Atemnot, Angst, Hunger- und Durstgefühl oder Übelkeit.
- ☐ Ich überlasse den Entscheid meiner Vertrauensperson

Name, Adresse:

.....

3. **Entbindung von Patienten- und Arztgeheimnis**

- ☐ Sollte ich im Zusammenhang mit einer ärztlichen Behandlung oder eines stationären Aufenthaltes in einem Spital, Heim oder Hospiz bewusstlos, verwirrt oder nicht ansprechbar sein, entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte und Pflegepersonen von ihrer Schweigepflicht gegenüber:

.....

Name, Adresse:

.....

Name, Adresse:

.....

Name, Adresse:

.....

Diese Person(en) ist/sind umfassend über meinen Zustand, Prognose und Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären.

Nach meinem Tod erhalten folgende Personen Einsicht in meine Krankengeschichte:

Name, Adresse:

.....

Name, Adresse:

.....

Name, Adresse:

.....

Name, Adresse:

.....

4. Sterbebegleitung

Wenn ich im Sterben liege, möchte ich folgende Personen um mich haben:

Name, Adresse:

.....

Telefonnummer:

Name, Adresse:

.....

Telefonnummer:

Name, Adresse:

.....

Telefonnummer:

Name, Adresse:

.....

Telefonnummer:

Ich bitte, diese Personen sofort zu benachrichtigen.

Folgende Personen haben keinen Zutritt zu meinem Krankenbett:

Name, Adresse:

.....

Name, Adresse:

.....

Ich habe folgende Konfession:

Damit ich rechtzeitig die vorgesehenen Sterberituale in Anspruch nehmen kann, bitte ich einen Pfarrer/eine Pfarrerin zu benachrichtigen. Am liebsten:

Name, Adresse:

.....

5. **Sterbeort**

- ☐ Wenn eine optimale Betreuung gewährleistet und es für meine Angehörigen zumutbar ist, möchte ich gerne zu Hause sterben.
- ☐ Ich ziehe es vor, im Spital / Heim zu sterben.
- ☐ Ich möchte in folgendem Sterbehospiz sterben:

.....

.....

6. **Untersuchungen zu Forschungszwecken**

- ☐ Ich erlaube Untersuchungen zu Forschungszwecken, Fotografien oder Lehrvorführungen zu Lebzeiten.
- ☐ Ich verbiete diese Untersuchungen.



www.arche-bestattungen.ch
info@arche-bestattungen.ch

Ostermundigen	031 932 20 21
Bern	031 302 20 32
Neuenegg/Laupen	031 741 16 75
Schwarzenburg/Köniz	031 971 04 33
Belp	031 819 10 90

7. **Organspende**

- ☐ Nach meinem Tod dürfen mir alle Organe, welche sich für eine Organspende eignen, entnommen werden.
- ☐ Nach meinem Tod dürfen mir nur folgende Organe entnommen werden:

.....

.....

- ☐ Stellt sich bei oder nach der Organentnahme heraus, dass sich meine Organe nicht für eine Organtransplantation eignen, dürfen sie auch für Forschungszwecke gebraucht werden.

8. **Obduktion**

- ☐ Nach meinem Tod will ich auf keinen Fall obduziert werden
- ☐ Kann die Todesursache nur mittels Obduktion festgestellt werden, erlaube ich sie
- ☐ Verbiete ich sie trotzdem.
- (☐ Zutreffendes ankreuzen)



www.arche-bestattungen.ch
info@arche-bestattungen.ch

Ostermundigen	031 932 20 21
Bern	031 302 20 32
Neuenegg/Laupen	031 741 16 75
Schwarzenburg/Köniz	031 971 04 33
Belp	031 819 10 90

Das Original dieser Patientenverfügung befindet sich:

.....

Je eine Kopie haben folgende Personen meines Vertrauens:

Name, Adresse:

.....

Telefonnummer:

Name, Adresse:

.....

Telefonnummer:

Ort,

Datum:.....

Unterschrift:

Bestätigung / Erneuerung alle 2 Jahre

Diese Patientenverfügung ist immer noch gültig:

Datum: Unterschrift:

Datum: Unterschrift:

Datum: Unterschrift:

Datum: Unterschrift:

Datum: Unterschrift:



www.arche-bestattungen.ch
info@arche-bestattungen.ch

Ostermundigen	031 932 20 21
Bern	031 302 20 32
Neuenegg/Laupen	031 741 16 75
Schwarzenburg/Köniz	031 971 04 33
Belp	031 819 10 90

Vollmacht zur Patientenverfügung

Ich

Name / Vorname

geboren am

Bürger(in) / Staatsangehörige(r) von

wohnhaft in

erteile

Name / Vorname

geboren am

Bürger(in) / Staatsangehörige(r) von

wohnhaft in

den Auftrag und die Vollmacht, dafür besorgt zu sein, dass meine Anweisungen und Wünsche in der Patientenverfügung befolgt werden. Ich entbinde meine behandelnden Ärzte und Pflegepersonen ihr/ihm gegenüber ausdrücklich vom Patientengeheimnis.

Ort,

Datum:.....

Unterschrift:



www.arche-bestattungen.ch
info@arche-bestattungen.ch

Ostermundigen	031 932 20 21
Bern	031 302 20 32
Neuenegg/Laupen	031 741 16 75
Schwarzenburg/Köniz	031 971 04 33
Belp	031 819 10 90