

## 1. Personalien der verfügenden Person

Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: *Privat* \_\_\_\_\_ *Geschäft* \_\_\_\_\_ *Mobile* \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

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 sollen keine intensivmedizinischen Massnahmen (insbesondere Beatmung) durchgeführt werden;  
**oder**
- nicht reanimiert werden, bin mit einer Behandlung auf einer Intensivstation aber einverstanden.

---

Wenn sich nach initialer Stabilisierung meines Zustands 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 Wiedererlangung 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 Vertretungsperson 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.

Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: *Privat* \_\_\_\_\_ *Geschäft* \_\_\_\_\_ *Mobile* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beziehungsstatus \_\_\_\_\_

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

Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: *Privat* \_\_\_\_\_ *Geschäft* \_\_\_\_\_ *Mobile* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beziehungsstatus \_\_\_\_\_

Ich habe die Patientenverfügung mit meiner Vertretungsperson besprochen.

Name der behandelnden Ärztin, des behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: *Privat* \_\_\_\_\_ *Geschäft* \_\_\_\_\_ *Mobile* \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

## 2. Organspende

Ich möchte meine Organe spenden und gestatte die Entnahme jeglicher Organe, Gewebe und Zellen sowie die Durchführung der vorbereitenden medizinischen Massnahmen, die im Hinblick auf die Organspende notwendig sind. Ist dafür die Anwendung von Intensivmassnahmen erforderlich, gestatte ich dies.

Ich gestatte nur die Entnahme von \_\_\_\_\_

Ich möchte **nicht** Spenderin, Spender sein. \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

### Hinweis zur Aufbewahrung:

Die Patientenverfügung sollte an einer gut auffindbaren Stelle in den Wohnräumen aufbewahrt werden – am besten zusammen mit anderen Vorsorgedokumenten oder offiziellen Dokumenten. Patientenverfügung und Kopien davon können nach eigenem Ermessen weitergegeben werden oder bei Ihrem behandelnden Arzt oder bei Familienmitgliedern hinterlegen. Senden Sie die Patientenverfügung bitte nicht an KESB-Schutz.

## 3. Verwaltung meiner Patientenverfügung

Kopie(n) dieser Verfügung habe ich an folgende Person(en) oder Institutionen übergeben:

### Person 1

Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: *Privat* \_\_\_\_\_ *Geschäft* \_\_\_\_\_ *Mobile* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beziehungsstatus \_\_\_\_\_

### Person 2

Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: *Privat* \_\_\_\_\_ *Geschäft* \_\_\_\_\_ *Mobile* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beziehungsstatus \_\_\_\_\_

### Person 3

Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: *Privat* \_\_\_\_\_ *Geschäft* \_\_\_\_\_ *Mobile* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beziehungsstatus \_\_\_\_\_

### Person 4

Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: *Privat* \_\_\_\_\_ *Geschäft* \_\_\_\_\_ *Mobile* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beziehungsstatus \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## 4. Erneuerung durch verfügende Person

Wir von KESB-Schutz empfehlen, diese Verfügung alle zwei Jahre zu überprüfen, wo notwendig anzupassen und neu zu unterzeichnen.

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Eine Kopie dieses Formulars (und eventueller geänderter oder ergänzter Seiten) geht an die Person(en)/Institution(en), die eine Kopie meiner Patientenverfügung besitzen.