

## Patientenverfügung



# Patientenverfügung

**Name / Vorname** .....

**Geburtsdatum** .....

**Strasse** .....

**PLZ / Wohnort** .....

Nach einem ausführlichen Aufklärungsgespräch mit folgenden Beratungspersonen:

Name / Funktion .....

Name / Funktion .....

gebe ich nach reiflicher Überlegung und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte nachstehend meinen Willen kund für den Fall, dass ich selber dazu nicht mehr in der Lage sein sollte.

- In allen Situationen, in denen ich urteilsunfähig bin und medizinische Behandlungsentscheide getroffen werden müssen; das heisst, bei akuten, neu auftretenden Ereignissen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Unfall, aber auch bei chronisch verlaufenden Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium  
oder
- .....

**Unterstützend wurde mir die „Informationsbroschüre Patientenverfügung“ abgegeben.**

Ort, Datum .....

Unterschrift .....

Das diese Willenserklärung jederzeit durch mich geändert werden kann, ist mir bewusst.



## 2. Was mir grundsätzlich wichtig ist

In diesem Punkt erfasse ich meine Einstellung/ Haltung gegenüber Leben und Tod, sowie meine momentane Verfassung.

Leitende Fragen darin könnten sein:

*Was stimmt mich zuversichtlich?*

*Was gibt mir Sicherheit?*

*Welche Bedeutung hat es für mich, noch lange zu leben?*

*Welche Gedanken mache ich mir bezüglich Sterben und Tod?*

*Welche Sorgen habe ich bezüglich Sterben und Tod?*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Was trägt zu meinem seelischen / psychischen Wohlbefinden bei?**

.....

.....

.....

**Was ist mir aus religiöser / spiritueller Hinsicht besonders wichtig?**

.....

.....

.....

**Was möchte ich in Bezug auf meine Familie, Freunde, anderer Mitbetroffener festhalten?**

.....

.....

.....

### 3. Individuelle Willenserklärung für medizinische Massnahmen

**Diese Willenserklärung habe ich basierend auf den vorhergehenden Punkten dieser Patientenverfügung verfasst und mich dabei von den aufgeführten Fachpersonen (Seite 2) beraten lassen.**

**Reanimation**  Ja  Nein

**Medizinische Massnahmen**

(z.B. Bluttransfusionen, Antibiotika, Beatmung, künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe, Schmerzmittel, atemerleichternde Medikamente, Beruhigungsmittel)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Welche Fragen bewegen mich, wenn ich an mögliche medizinische Behandlungen denken?  
Welche Ziele sind mir so wichtig, dass ich dafür bereit bin, Belastungen und Risiken in Kauf zu nehmen?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## 4. Weitere Wünsche / Bedürfnisse

### 4.1. Pflegerische Bedürfnisse am Lebensende

- Ich wurde darüber informiert, dass es für die ausführliche Formulierung meiner Wünsche bezüglich meinen pflegerischen Bedürfnissen, ein Zusatzdokument gibt und habe dieses ausgefüllt.
- Ich verzichte auf das zusätzliche Dokument und formuliere meine wichtigsten Anliegen bezüglich pflegerischer Gestaltung am Lebensende selbst.

In Bezug auf die Pflege habe ich folgende Bedürfnisse:  
(z.B. Körperpflege, Schlafgewohnheiten, Essen und Trinken, Kleiden)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 4.2. Spirituelle Bedürfnisse

Ich wünsche eine spirituelle / seelsorgerliche Begleitung  Ja  Nein  
Wenn ja, kontaktieren Sie folgende Person:

Name /Vorname: .....

Adresse: .....

Telefon / Mail: .....

- Es kann jemand anders aus der Seelsorge sein

Folgende Rituale / Vorgehensweisen geben mir Kraft:

.....

.....

.....

.....

**4.3. Sterbeort**

Nach Möglichkeit möchte ich Zuhause sterben  Ja  Nein

Ich möchte lieber in einer medizinisch-pflegerischen Institution sterben  Ja  Nein

Bevorzugte Institution: .....

Mir ist Folgendes wichtig bezüglich des Sterbeortes:

.....  
.....  
.....

**4.4. Autopsie**

Ich möchte keine Autopsie  Ich möchte eine Autopsie

Bemerkung: .....

**4.5. Organspende**

Mein Wille für den Fall, dass nach meinem Tod eine Entnahme von Organen, Gewebe oder Zellen infrage kommt:

Ja, zur Entnahme jeglicher Organe, Gewebe oder Zellen und zu den damit verbundenen vorbereitenden medizinischen Massnahmen

Nein, zur Entnahme von Organen, Gewebe oder Zellen  
oder

Ich überlasse den Entscheid folgender Vertrauensperson:

Name / Vorname: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

#### 4.6. Bestattung

Ich wünsche

eine Erdbestattung     eine Kremation     aufgebahrt zu werden

Der Bestattungsort soll sein:

.....  
.....

Meine Wünsche bzgl. Abdankung:

.....  
.....

Ergänzungen:

.....  
.....

#### 4.7. ergänzende Dokumente

Name des Dokuments:	Erstellt am:	aufbewahrt:
Pflegerische Bedürfnisse	.....	.....
Vorsorgevollmacht	.....	.....
Testament	.....	.....
Erbvertrag	.....	.....
Ehevertrag	.....	.....





## 5. Stellvertretung

Ich bestimme nachfolgende Personen als meine Stellvertreter (nach ZGB Erwachsenenschutzrecht, Art.378). Sie sollen sich für die Umsetzung meiner Patientenverfügung einsetzen, falls ich selber dazu nicht mehr in der Lage bin und sind über meine Wünsche/Willen (medizinisch/nicht medizinisch) informiert.

1	2
Name / Vorname:	Name / Vorname:
.....	.....
Beziehungsgrad:	Beziehungsgrad:
.....	.....
Strasse:	Strasse:
.....	.....
PLZ / Ort:	PLZ / Ort:
.....	.....
Telefon / Natel:	Telefon / Natel:
.....	.....
Datum:	Datum:
.....	.....
Unterschrift:	Unterschrift:
.....	.....

3	4
Name / Vorname:	Name / Vorname:
.....	.....
Beziehungsgrad:	Beziehungsgrad:
.....	.....
Strasse:	Strasse:
.....	.....
PLZ / Ort:	PLZ / Ort:
.....	.....
Telefon / Natel:	Telefon / Natel:
.....	.....
Datum:	Datum:
.....	.....
Unterschrift:	Unterschrift:
.....	.....

## 6. Hinterlegung

Eine Kopie meiner Patientenverfügung befindet sich bei:

Name / Vorname:	Name / Vorname:
.....	.....
Beziehungsgrad:	Beziehungsgrad:
.....	.....
Strasse:	Strasse:
.....	.....
PLZ / Ort:	PLZ / Ort:
.....	.....
Telefon / Natel:	Telefon / Natel:
.....	.....
Datum:	Datum:
.....	.....

Name / Vorname:	Name / Vorname:
.....	.....
Beziehungsgrad:	Beziehungsgrad:
.....	.....
Strasse:	Strasse:
.....	.....
PLZ / Ort:	PLZ / Ort:
.....	.....
Telefon / Natel:	Telefon / Natel:
.....	.....
Datum:	Datum:
.....	.....

## 7. Erneuerung

Diese Verfügung habe ich erneuert / aktualisiert am

Datum:	Unterschrift:
Datum:	Unterschrift:
Datum:	Unterschrift:

\*Gemäss ZGB Erwachsenenschutzrecht bleibt eine PV bis auf schriftlichen Widerruf gültig

Autorin	Dateiname_Version_Erstellungsdatum	freigegeben durch	Überarbeitung
Erstellt: Palliativstation, C. Knipping_1999	Patientenverfügung_KSSG_Version_6 2004/ 2008/ 2012/ 2015/ 2021	M. Buschor-Bichsel Juli 2021	Juli 2026