



Patientenverfügung

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

Medizinische Behandlung

Ich leide an folgender Erkrankung:

Mein Arzt/meine Ärztin (Name, Adresse, Telefon)

hat mich über den Verlauf und die Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt.

Gerate ich wegen meiner Krankheit in folgenden Zustand:

verzichte ich auf folgende Behandlung:

Ich verlange aber folgende medizinische Massnahmen:

Bestätigung des Arztes / der Ärztin (fakultativ):

Name, Adresse

Datum, Unterschrift

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, Übelkeit, Hunger- und Durstgefühl.

Ich überlasse den Entscheid folgender Vertrauensperson:

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Bemerkungen/Ergänzungen zur Patientenverfügung:

Aussteller/-in dieser Patientenverfügung

Name, Vorname _____

Adresse _____

Geb. Datum _____ Telefon _____

Ort, Datum

Unterschrift