

# Patientenverfügung und Anordnungen im Todesfall



plussminus50

[www.plusminus50.ch](http://www.plusminus50.ch)

[info@plusminus50.ch](mailto:info@plusminus50.ch)

**Ansichtsexemplar  
Kundenmuster**

*Muster Peter, geboren am 14. Oktober 1978 in Münster (LU)*

Mein rechtsverbindlicher Wille und meine Wünsche im Hinblick auf med. Behandlung, Betreuung und im Tod!

Dieses Dokument soll Sie ermutigen, sich mit wichtigen Fragen der letzten Lebensphase auseinanderzusetzen, idealerweise gemeinsam mit Menschen Ihres Vertrauens. Im ausgefüllten Dokument – Ihrer Patientenverfügung – Anordnungen im Todesfall – halten Sie fest, wie entschieden werden soll, falls Sie selber nicht mehr dazu in der Lage sind.



**Inhaltsverzeichnis**

1.1	Leitgedanke zur Patientenverfügung	4
1.2	Deshalb braucht es eine Patientenverfügung (Praxis-Beispiel)	4
2.	Meine Personalien	4
3.	Meine Gründe für die Erstellung der Patientenverfügung	4
4	Personen in meinem Umfeld	
4.1	Verzicht auf vertretungsberechtigte Personen	5
4.2	Vertretungsberechtigte Hauptperson (Bevollmächtigung)	5
4.3	Vertretungsberechtigte Ersatzperson 1 (Bevollmächtigung)	6
4.4	Vertretungsberechtigte Ersatzperson 2 (Bevollmächtigung)	6
4.5	Vertretungsberechtigte Ersatzperson 3 (Bevollmächtigung)	7
4.6	Vertretungsberechtigte Ersatzperson 4 (Bevollmächtigung)	7
4.7	Vertretungsberechtigte Ersatzperson 5 (Bevollmächtigung)	7
4.8	Mein Hausarzt / Meine Hausärztin	8
4.9	Erwünschte, zutrittsberechtigte Person 1 (nicht familiär zugehörige Person)	9
4.10	Erwünschte, zutrittsberechtigte Person 2 (nicht familiär zugehörige Person)	9
4.11	Unerwünschte Person 1	9
4.12	Unerwünschte Person 2	9
5	Was mir im Leben wichtig ist (Persönliche Wertehaltung im Leben)	10
5.1	In den folgenden Situationen fühlte ich mich	10
5.2	In Beziehungen zu anderen Menschen verhält sich:	10
5.3	Diese Lebensgewohnheiten sind für mich wichtig:	10
5.4	Ich lege besonders Wert auf:	10
5.5	Meine Vorlieben sind:	10
5.6	Meine Abneigungen sind:	11
5.7	Das möchte ich noch erleben:	11
5.8	Ich glaube an:	11
5.9	Ich habe Angst vor:	11
5.10	Ich möchte, dass mein Leben respektiert wird:	11
6	Medizinische Anordnungen	12
6.1	Meine Blutgruppe	12
6.2	Lebenserhaltende Massnahmen	12
6.3	Lebenserhaltende Massnahmen bei Krisensituationen wie Pandemien (Global)	
6.4	Lebenserhaltende Massnahmen bei Epidemien und/oder Naturkatastrophen (begrenztes Gebiet)	13
6.5	Ersatz von Medikamenten	14
6.6	Reanimation in einem Spital oder Heim	14
6.7	Allergien und Phobien (Ängste)	15
6.8	Künstliche Beatmung	15
6.9	Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr	16
6.10	Wundheilung	17
6.11	Linderung von Schmerzen und Unruhe	17
6.12	Einweisung in ein Spital bei schwerer Pflegebedürftigkeit	18
6.13	Behandlungsort	18

7	Seelsorgerische Betreuung und Sterbebegleitung	19
7.1	In einem Heim oder Spitalaufenthalt	19
7.2	Religiöse Sterbebegleitung	19
7.3	Religiöse Handlungen kurz vor und nach dem Tod	20
7.4	Freitod und aktive Sterbehilfe	20
8	Sterbeort	20
9	Spenden von Organen, Geweben und Zellen	21
9.1	Organspende bei Tod infolge Schädigung des Hirns	21
9.2	Organspende bei Tod nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand	22
9.3	Hinweis, wenn sich Organspender und Organempfänger kennenlernen möchte	22
10	Wünsche nach meinem Tod	23
10.1	Benachrichtigungen	23
10.2	Obhut meiner minderjährigen Kinder	23
10.3	Autopsie	24
10.4	Körperspende an ein anatomisches Institut	24
10.5	Einsichtnahme in die Patientendokumentation nach meinem Tod	25
10.6	Verwendung meiner Patientendokumentation für Forschungszwecke	25
10.7	Bestattung und Grab	25
10.8	Abdankung	25
10.9	Leidzirkular / Todesanzeige	26
10.10	Hinterbliebene wurden alle informiert	26
11	Was ist mir sonst noch wichtig	26
12	Ärztliche Bestätigung (freiwillig)	27
13	Zum Ausfüllen dieser Patientenverfügung wurde ich unterstützt durch:	27
14	Datierung und Unterschrift	27
15	Erneuerungen/Aktualisierung der Patientenverfügung	28
16	Wichtige Dokumente: Aufbewahrung/Einlagerung der Originale	29
17	Aufbewahrung der Dokumente: Digitale und/oder physische Hinterlegung	30
18	Notfallausweis	30

**Ansichtsexemplar**  
**Kundenmuster**

### 1.1 Leitgedanke zur Patientenverfügung

Sinn und Zweck dieser Patientenverfügung ist die Umsetzung der Behandlungswünsche des Patienten, wenn dieser seinen Willen nicht mehr äussern kann. Dadurch wird einerseits das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung gestärkt, andererseits entlasten die Anordnungen dieser Patientenverfügung die vertretungsberechtigten Personen und das Behandlungsteam. Denn durch das Dokument erfahren Sie, wie im Sinne des Patienten entschieden und gehandelt werden soll.

Diese Patientenverfügung möchte den Dialog zwischen Patienten, vertretungsberechtigten Personen und Behandlungsteam unterstützen. Darüber hinaus soll Sie zur Förderung einer patientenorientierten Gesprächs- und Entscheidungskultur in der konkreten Anwendungssituation beitragen.

### 1.2 Deshalb braucht es eine Patientenverfügung (Praxis-Beispiel)

Nach einem schweren Autounfall wird Melanie H. (25-jährig) in die Notaufnahme des Spitals eingeliefert. Ihr Leben hängt an einem seidenen Faden. Jede Minute zählt. Die Ärzteschaft vermutet eine schwere Hirnschädigung. Soll man Sie operieren oder stehen lassen? Ihr Lebenspartner, mit dem Sie seit über fünf Jahren zusammenlebt, sagt gegenüber dem Arzt, seine Freundin habe schon gesagt, dass Sie bei einer gravierenden Schädigung nicht den hohen Preis am Leben bezahlen werde. Zudem wisse er um die schlechten Prognosen von riskanten Operationen und Reanimationen. Ihre Eltern, die ebenfalls in der Gegend waren, tauchen kurz nach ihm ausser Atem auf, willigen hingegen unverzüglich in jede nur erdenkliche Operation ein, sei sie auch noch so riskant. Gleichzeitig sagt aber die Mutter, Sie sei doch nicht in der Lage über Leben und Tod ihrer Tochter zu entscheiden. Der Arzt entgegnet ihr, dass es nicht darum gehe. Vielmehr solle klariert werden, was die Verunfallte gewollt hätte.

## 2. Meine Personalien

Mein Name ist Muster Peter und ich wohne an der Adresse Mustergasse 12 in 1000 Musterhausen.

Ich bin geboren am 14. Oktober 1983 in Münster (LU) und mein Heimatort ist Oberhofen (F).

Ich bin erreichbar unter 07 00 00 00 00 ; per Mail (privat) unter muster.peter@server.ch; erreichbar.

## 3. Meine Gründe für die Erstellung der Patientenverfügung

- ☐ Ich will klare Verhältnisse schaffen und will Selbstbestimmung bis zuletzt.
- ☐ Zum Zeitpunkt der Erstellung / der Überarbeitung dieser Patientenverfügung liegt keine bestimmte Erkrankung vor. Ich möchte Massnahmen für den Fall meiner Urteilsunfähigkeit treffen.
- ☐ Zum Zeitpunkt der Erstellung bzw. der Überarbeitung dieser Patientenverfügung leide ich an folgender Erkrankung, über deren Verlauf und Behandlung ich informiert bin:

#### 4 Personen in meinem Umfeld

##### 4.1 Verzicht auf vertretungsberechtigte Personen

☐ Ich verzichte ganz auf die Einsetzung von vertretungsberechtigten Personen.

##### Entbindung von der Schweigepflicht:

Ich ermächtige die aufgeführten vertretungsberechtigten Personen sowie die vertretungsberechtigten Ersatzpersonen, meinen in der vorliegenden Patientenverfügung enthaltenen persönlichen Willen gegenüber Ärzten/Ärztinnen und dem gesamten behandelnden Team gelten zu lassen und durchzusetzen. Die Schweigepflicht dieser Personen gegenüber mir wird damit aufgehoben!

##### 4.2 Vertretungsberechtigte Hauptperson (Bevollmächtigung)

Meine Hauptbevollmächtigte Person ist Muster Petra (meine Lebenspartnerin), wohnhaft an der Adresse Musterergasse 12 in 1000 Musterhausen.

Sie ist geboren am 14. Oktober 1983 in Münster (LU) und ist heimatberechtigt in Oberhofen (BL).

Sie ist privat unter 079 000 1234 5678; per Mail (privat unter «muster.peter@server.ch») erreichbar.

Ich habe diese Patientenverfügung mit den oben bezeichneten vertretungsberechtigten Hauptperson besprochen.

**4.3 Vertretungsberechtigte Ersatzperson 1 (Bevollmächtigung)**

Meine Ersatzbevollmächtigte Person 1 ist Muster Alexandra (meine Schwester wohnhaft an der Adresse Mustergasse 12 in 1000 Musterhausen.

Sie ist geboren am 14. Oktober 1978 in Münster (LU) und ist heimatberechtigt in Oberhofen (BE).

Sie ist privat unter 079 000 00 00 ; per Mail (privat) unter «muster.peter@server.com»; erreichbar.

☐ Ich habe diese Patientenverfügung mit den oben bezeichneten vertretungsberechtigten Ersatzperson 1 besprochen.

**4.4 Vertretungsberechtigte Ersatzperson 2 (Bevollmächtigung)**

Meine Ersatzbevollmächtigte Person 2 ist Muster Jeanine (meine Schwester wohnhaft an der Adresse Mustergasse 12 in 1000 Musterhausen.

Sie ist geboren am 14. Oktober 1978 in Münster (LU) und ist heimatberechtigt in Oberhofen (BE).

Sie ist privat unter 079 000 00 00 ; per Mail (privat) unter «muster.peter@server.com»; erreichbar.

☐ Ich habe diese Patientenverfügung mit den oben bezeichneten vertretungsberechtigten Ersatzperson 2 besprochen.

**4.5 Vertretungsberechtigte Ersatzperson 3 (Bevollmächtigung)**

Meine Ersatzbevollmächtigte Person 3 ist Muster Barbara  
(meine Schwester wohnhaft an der Adresse Mustergasse 12 in  
1000 Musterhausen.

Sie ist geboren am 14. Oktober 1978 in Münster (LU) und ist  
heimatberechtigt in Oberhofen (BE).

Sie ist privat unter 079 000 00 00 ; per Mail (privat) unter  
«muster.peter@server.com»; erreichbar.

☐ Ich habe diese Patientenverfügung mit den oben bezeichneten  
vertretungsberechtigten Ersatzperson 3 besprochen.

**4.6 Vertretungsberechtigte Ersatzperson 4 (Bevollmächtigung)**

Name	Vorname
Strasse / Nr.	Postleitzahl / Ort
Wohnort / Land	Geburtsdatum
Tele. Privat	Tel. Geschäft
Mobile Privat	Mobile Geschäft
E-Mail Privat	E-Mail Geschäft
Geschlecht: <input type="checkbox"/> Männlich <input type="radio"/> Weiblich	Zivilstand: <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="radio"/> Unverheiratet
Heimatort/Bürgerort Kanton/Land	Geburtsort Kanton/Land
Welche Bezug haben Sie zu dieser Person:	
Bemerkungen:	

☐ Ich habe diese Patientenverfügung mit den oben bezeichneten  
vertretungsberechtigten Ersatzperson 4 besprochen.

**4.7 Vertretungsberechtigte Ersatzperson 5 (Bevollmächtigung)**

Name	Vorname
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Wohnkanton / Land	Geburtsdatum
Tel. Privat	Tel. Geschäft
Mobile Privat	Mobile Geschäft
E-Mail Privat	E-Mail Geschäft
Geschlecht: <input type="radio"/> Männlich <input type="radio"/> Weiblich	Zivilstand: <input type="radio"/> Verheiratet <input type="radio"/> Unverheiratet
Heimatort/Bürgerort Kanton/Land	Geburtsort Kanton/Land
Welche Bezug haben Sie zu dieser Person:	
Bemerkungen:	

☐ Ich habe diese Patientenverfügung mit den oben bezeichneten vertretungsberechtigten Ersatzperson 5 besprochen.

**4.8 Mein Hausarzt / Meine Hausärztin**

Name	Vorname
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Tel. P	Handy



**4.9 Erwünschte, Zutrittsberechtigte Person 1** (nicht familienangehörige Person)

Name	Vorname
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Art der Beziehung	
Bemerkungen	

**4.10 Erwünschte, Zutrittsberechtigte Person 2** (nicht familienangehörige Person)

Name	Vorname
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Art der Beziehung	
Bemerkungen	

**4.11 Unerwünschte Person 1**

Name	Vorname
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Art der Beziehung	
Bemerkungen	

**4.12 Unerwünschte Person 2**

Name	Vorname
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Art der Beziehung	
Bemerkungen	

**5 Was mir im Leben wichtig ist (Persönliche Werthaltung im Leben)**

Ihre Aussagen zu den folgenden Fragen verdeutlichen Ihre Lebenseinstellung, Werte, Wünsche, Ängste, Erwartungen und Hoffnungen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit. Sie vermitteln einen Eindruck Ihrer Person und erleichtern es, dass Sie in Ihrem Sinne gepflegt und betreut werden. Anhand Ihrer Aussagen wird es besser möglich, herauszufinden, wie Sie in einer Situation entscheiden würden, für die Sie nicht explizit etwas verfügt haben.

☐ Diese Fragen (5.1 – 5.10) möchte ich nicht beantworten.

**5.1 In den folgenden Situationen fühlte ich mich Wohl:**

z. B. Umgebung, Menschen, Tiere, Geruch, Temperatur, Farben, Akustik etc.

**5.2 In Beziehungen zu anderen Menschen schätze ich:**

z. B. Nähe – Distanz, Körper – Intellekt, Unternehmungsgeist – Zurückhaltung, Zusammensein, Gespräche – Schweigen etc.

**5.3 Diese Lebensgewohnheiten sind für mich wichtig:**

z. B. Tagesablauf, Essen, Trinken, Körperpflege, Koffein, Haustiere etc.

**5.4 Ich lege besonders Wert auf:**

z. B. Bekleidung, Körperpflege, Umgebungsgestaltung, geistige Nahrung, soziale Kontakte etc.

**5.5 Meine Vorlieben sind:**

z. B. Essen, Trinken, Musik, Berührung, Aktivitäten, Kontakt etc.

**5.6 Meine Abneigungen sind:**

z. B. Essen, Trinken, Musik, Berührung, Aktivitäten, Kontakt etc.

**5.7 Das möchte ich noch erleben:**

z. B. Ereignis, Zusammentreffen, Versöhnung, Gespräch, Erfüllung eines Wunsches, Besuch eines Ortes etc.

**5.8 Ich glaube an:**

z. B. Werte, Überzeugungen, Erkenntnisse, Methoden, Menschen etc.

**5.9 Ich habe Angst vor:**

z. B. Einschnürungen, Einschränkungen, Verlust, Trennungen etc.

**Ich möchte, dass folgende Wünsche respektiert wird:**

Ansichtsexemplar  
Kundenmuster

## 6 Medizinische Anordnungen

### 6.1 Meine Blutgruppe

☐ Ich kenne meine Blutgruppe nicht

☐ Ich kenne meine Blutgruppe: Meine Blutgruppe ist:

☐ O+ ☐ O- ☐ A+ ☐ A- ☐ B+ ☐ B- ☐ AB+ ☐ AB-

☐ Andere:

### 6.2 Lebenserhaltende Massnahmen

Falls ich mich in einer der folgenden Situationen befinden sollte, erwarte ich vom Behandlungsteam folgendes Verhalten (reichen in einer konkreten Entscheidungssituation die Angaben in dieser Patientenverfügung für eine Entscheidung nicht aus, ist meine vertretungsberechtigte Person befugt, gemäss meinem mutmasslichen Willen den vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen zuzustimmen oder diese abzulehnen):

☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.

**Variante A:** Lebenserhaltende Massnahmen

(inkl. Reanimationsversuche) sind gänzlich zu unterlassen.

**Variante B:** Lebenserhaltende Massnahmen (inkl. Reanimationsversuche) sind zu unterlassen bei schlechter Erholungschance und wenn ich mir aussuchen soll eine Behandlung nach den Erkenntnissen der modernen Palliative Care\* erfolgen.

**Variante C:** Lebenserhaltende Massnahmen (inkl. Reanimationsversuche) sind in jeder Situation durchzuführen. Bei Bedarf werden, die allfällig einer lebenserhaltenden Behandlung resultieren, von mir in Kauf.

**Variante D:** Lebenserhaltende Massnahmen (inkl. Reanimationsversuche) sind nur bei günstiger medizinischer Prognose durchzuführen.

**Variante E:** Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

	Varianten	A	B	C	D	E
Bei andauerndem Verlust der Kommunikation Fähigkeiten (durch Unfall oder Krankheit – z. B. Schlaganfall) und bei insgesamt geringer Aussicht, mit anderen Menschen je wieder eine Beziehung knüpfen zu können, möchte ich (selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist)...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei intensivmedizinischer Betreuung mit schlechter Langzeitperspektive möchte ich (auch dann, wenn eine kurzzeitige Besserung möglich ist)...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Verlauf einer fortschreitenden, unheilbaren Erkrankung (z. B. Krebs, Demenz), bei der ich fortschreitenden körperlichen und/oder geistigen Einschränkungen rechnen muss, möchte ich (selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist)...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Endstadium einer unheilbaren tödlich verlaufenden Erkrankung möchte ich (selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist)...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unmittelbarer Todesnähe möchte ich... (wenn es absehbar ist, dass der Tod eintritt)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*\*Unter Palliative Care wird eine ganzheitliche Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren Krankheiten verstanden. Ziel der Palliative Care ist es, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen. Im Vordergrund steht eine optimale Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Atemnot, Übelkeit, Angst oder Verwirrung. Dabei werden auch soziale, seelisch-geistige sowie auf Wunsch auch religiöse-spirituelle Aspekte berücksichtigt.*



### 6.3 Lebenserhaltende Massnahmen bei Krisensituationen wie Pandemien (Global) oder Epidemien und/oder Naturkatastrophen (begrenztes Gebiet)

Falls ich mich in einer der folgenden Situationen befinden sollte, erwarte ich vom Behandlungsteam folgendes Verhalten (reichen in einer konkreten Entscheidungssituation die Anordnungen in dieser Patientenverfügung für eine Entscheidung nicht aus, ist meine vertretungsberechtigte Person befugt, gemäss meinem mutmasslichen Willen den vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen zuzustimmen oder diese abzulehnen):

☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.

**Variante A:** ja

**Variante B:** Nein

**Variante C:** Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

Falls ich zum Zeitpunkt der Diagnose (Testergebnis) zuhause oder in einem Altersheim/Pflegeheim lebe, wäre ich bereit, in einer Krise/Notfallsituation in ein Spital einzutreten, möchte mich aber nur nach den Erkenntnissen des modernen Palliative Care in der Bettenstation (keine Verlegung in die Intensivstation) behandeln lassen.

**A B C**

☐ ☐ ☐

Falls ich zum Zeitpunkt der Diagnose (Testergebnis) zuhause oder in einem Altersheim/Pflegeheim lebe, wäre ich bereit, in einer Krise/Notfallsituation in ein Spital einzutreten und mich in der Intensivpflegung behandeln zu lassen, jedoch ohne Beatmungsmaschine oder andere Geräte.

☐ ☐ ☐

Falls ich zum Zeitpunkt der Diagnose (Testergebnis) zuhause oder in einem Altersheim/Pflegeheim lebe, wäre ich bereit, in einer Krise/Notfallsituation in ein Spital einzutreten und mich in der Intensivpflegung behandeln zu lassen mit einer Beatmungsmaschine und anderen Geräten.

☐ ☐ ☐

Falls ich in einem Altersheim/Pflegeheim lebe und die entsprechende Infrastruktur im Heim in einer Krise/Notfallsituation vorhanden ist, möchte ich nicht in ein Spital verlegt werden. Die Behandlung soll nach der modernen Palliative Care im Heim erfolgen.\*

☐ ☐ ☐

Falls ich in einem Altersheim/Pflegeheim lebe und die entsprechende Infrastruktur im Heim in einer Krise/Notfallsituation vorhanden ist, möchte ich nicht in ein Spital verlegt werden, sondern in einer Intensivpflegung im Heim behandelt werden (doch ohne Beatmungsmaschine oder anderen Geräten).

☐ ☐ ☐

\*Unter Palliative Care wird eine körperliche Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren Krankheiten verstanden. Unter der Palliative Care ist es, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen. Im Vordergrund steht eine optimale Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Atemnot, Übelkeit, Angst oder Verwirrung. Dabei werden auch soziale, seelisch-geistige sowie auch religiöse-spirituelle Aspekte berücksichtigt.

**Besondere Anordnungen:**

#### 6.4 Einsatz von Medikamenten

Behandlung im Falle einer schlechten Erholungs-Chance  
zur Konkretisierung des von mir unter 6.2 gewählten Behandlungsziels!

☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.

**Variante A:** Ja

**Variante B:** Nein

**Variante C:** Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

	Varianten	A	B	C
Medikamente zur Behandlung neuer Erkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotika zur Behandlung einer akuten Infektion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sedierende Medikamente bei unkontrollierbaren Symptomen (z.B. Atemnot, Schmerzen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Endstadium einer unheilbaren tödlich verlaufenden Erkrankung möchte ich, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, nur schmerzstillende Medikamente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente zur Behandlung vorbestandener Erkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besondere Anordnungen:				

#### 6.5 Reanimation im Krankenhaus oder Heim

Im Falle eines Spital- oder Heimaufenthalts und insbesondere vor einem operativen Eingriff erwarte ich bei Urteilsunfähigkeit, dass der zuständige Arzt die Frage eines allfälligen Herz-Kreislauf-Stillstandes und eventueller Wiederbelebungsmaßnahmen mit meiner vertretungsberechtigten Person bespricht.

☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.

In folgenden Situation, die in der Zukunft immer wieder schwierige Entscheidungen erfordert, erwarte ich vom Behandlungsteam folgendes Verhalten:

**Variante A:** Keine Reanimationsmassnahmen bei einem Herzstillstand

**Variante B:** Reanimationsmassnahmen bei einem Herzstillstand im Rahmen des Behandlungsplans

**Variante C:** Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

	Varianten	A	B	C
Bei unheilbarer, fortschreitender Krankheit, die sich auch über Monate oder Jahre erstrecken kann, möchte ich ...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besondere Anordnungen:				

## 6.6 Allergien und Phobien (Ängste)

☐ Ich habe keine Allergien

☐ Ich leide an den folgenden Allergien:

☐ Ich leide an keiner Phobie

☐ Ich leide an den folgenden Phobien:


Besondere Anordnungen:

## 6.7 Künstliche Beatmung

Hier aufgelistet sind diejenigen Situationen, in denen der Praxis immer wieder ähnliche Entscheidungen erfordern. In folgenden Situationen erwarten wir vom Behandlungsteam folgendes Verhalten:

☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.

**Variante A:** Keine maschinelle Atemunterstützung. Atem soll so weit wie möglich mit optimalen palliativen Massnahmen (Gabe von Medikamenten und Sauerstoff) wirksam behandelt werden.

**Variante B:** Anwendung maschineller Atemunterstützung mittels einer Maske, Intubation oder eines Tracheostomieschnittes ist Teil des Behandlungsplans.

**Variante C:** Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

Varianten **A** **B** **C**

Bei chronischen, unheilbarer, fortschreitender Erkrankung (z. B. neuromuskulärer oder anderer Erkrankung mit Abnahme der Kraft zum Atmen – ALS, Multiple Sklerose, Myotubus Duchenne –) oder bei fortgeschrittener chronischer Atemwegserkrankung (z. B. COPD) möchte ich ...

☐ ☐ ☐

Im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Erkrankung (selbst wenn der Tod nicht absehbar ist) möchte ich ...

☐ ☐ ☐

Besondere Anordnungen:

## 6.8 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

Die natürliche Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit gehört zur Grundpflege. Die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ist hingegen ein medizinischer Eingriff, der die Zustimmung des Patienten erfordert.

Hier aufgelistet sind diejenigen Situationen, die in der Praxis immer wieder schwierige Entscheidungen erfordern. In folgenden Situationen erwarte ich vom Behandlungsteam folgendes Verhalten:

☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.

**Variante A:** Weder eine künstliche Ernährung noch eine künstliche Flüssigkeitszufuhr. Mir ist klar, dass dadurch mein Leben verkürzt werden kann. Das Stillen von Hunger und Durst soll durch optimale palliativmedizinische und pflegerische Maßnahmen erfolgen.

**Variante B:** Einsatz künstlicher Ernährung und künstlicher Flüssigkeitszufuhr im Rahmen des Behandlungsplans.

**Variante C:** Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

Varianten

Bei andauerndem Verlust der Kommunikationsfähigkeiten (z. B. Schlaganfall oder Krankheit – z. B. Hirnschlag) und bei nur ganz geringer Aussicht, mit anderen Menschen je wieder eine Beziehung haben zu können, möchte ich...

Im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Erkrankung möchte ich (selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht festgelegt ist) ...

Bei irreversibler Altersschwäche oder unumkehrbarer Demenzerkrankung, bei der ich bettlägerig bin und ich mich nicht mehr mitteilen kann, möchte ich...

Kurzfristige Aussicht, dass ich später wieder Nahrung/Flüssigkeit auf normalen Weg aufnehmen kann (bis zu 1 Monat) ...

Langfristige Aussicht, dass ich später wieder Nahrung/Flüssigkeit auf normalen Weg aufnehmen kann (mehr als 1 Monat) ...

Wenn durch schwere Demenz oder durch eine Verwirrung oder ähnliches eine Nahrungszufuhr im üblichen Rahmen nicht mehr möglich ist, möchte ich...

Besondere Anmerkungen:



## 6.9 Weitere Behandlungen

☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.

**Variante A:** Ja

**Variante B:** Nein

**Variante C:** Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

Varianten A B C

Chemotherapie, Bestrahlung

Chirurgische Eingriffe

Bluttransfusion

Dialyse

Besondere Anordnungen:

## 6.10 Linderung von Schmerzen und Unruhe

☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.

☐ Ich erwarte, dass meine Schmerzen und andere belastende Symptome nach den Erkenntnissen der Palliativmedizin/Palliative Care behandelt werden.

**Variante A:** ... Schmerz- und Beruhigungsmittel großzügig dosiert werden.

Dabei sollte auch eine allfällige Beeinträchtigung des Bewusstseins

oder Verletzung meines Lebens nicht auf.

**Variante B:** ... dass Schmerz- und Beruhigungsmittel nur eingesetzt werden, um meinen Zustand erträglich zu gestalten. Es ist mir wichtig, solange als möglich bei

Bewusstsein zu bleiben.

**Variante C:** Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

Varianten A B C

Bei Schmerzen, Übelkeit, Angst und Unruhe möchte ich ...

Besondere Anordnungen:

### 6.11 Einweisung in ein Spital bei schwerer Pflegebedürftigkeit

☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.

**Variante A:** ... keine Einweisung in ein Spital. Dies bedingt, dass meine Grundbedürfnisse nur zuhause durch Pflege am aktuellen Ort abgedeckt werden können.

**Variante B:** ... eine Einweisung in ein Spital nur dann, wenn durch diese Massnahme eine Besserung der Lebensqualität oder Linderung eines akuten Schmerzzustandes oder anderer schwerer Beschwerden besteht.

**Variante C:** ... eine Einweisung in ein Spital.

**Variante D:** Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

Variante **A** **B** **C** **D**

Wenn ich unheilbar krank und/oder irreversibel altersschwach, dauernd oder häufig sehr schwach, auf fremde Hilfe angewiesen und nicht mehr urteilsfähig bin, möchte ich bei Verschlechterung meines gesundheitlichen Zustandes ...

Besondere Anordnungen:

### 6.12 Behandlungsort

☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.

☐ Eine Behandlung an einer Intensivstation soll möglichst vermieden werden

☐ Einweisung in eine Institution (Pflegheim, Akut-Spital, Palliative-Care-Einrichtungen), nur wenn palliative Massnahmen zuhause nicht durchgeführt werden können oder nicht mehr möglich sind.

☐ Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

Besondere Anordnungen:

## Anweisungen im Todesfall/Organspende

### 7 Seelsorgerische Betreuung und Sterbebegleitung

#### 7.1 In einem Heim oder Spitalaufenthalt

- ☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.
- ☐ Ich habe keinen persönlichen Seelsorger und nehme den Dienst der Spital- / Heimseelsorge gerne in Anspruch
- ☐ Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person
- ☐ Ich verzichte ausdrücklich darauf, den Dienst eines Seelsorgers in Anspruch zu nehmen
- ☐ Während eines Spital- oder Heimaufenthalts wünsche ich von folgendem Seelsorger betreut zu werden

Name	Vorname
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Tel. Privat	Handy
Tel. Geschäft	E-Mail

Eventuelle Verabredungen:

--

#### 7.2 Religiöse Sterbebegleitung

- ☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.
- ☐ Ich verzichte ausdrücklich darauf, den Dienst eines Seelsorgers in Anspruch zu nehmen
- ☐ Ich habe keinen persönlichen Seelsorger und nehme den Dienst der Spital- / Heimseelsorge oder auch Zölibatseelsorge in Anspruch
- ☐ Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person
- ☐ Wenn bis zum Ende meines Lebens mein Wunsch besteht, wünsche ich von folgendem Seelsorger begleitet zu werden:

Name	Vorname
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Tel. Privat	Handy
Tel. Geschäft	E-Mail

Eventuelle Verabredungen:

--

### 7.3 Religiöse Handlungen kurz vor und nach dem Tod

- ☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.
- ☐ Ich wünsche keine religiösen Handlungen kurz vor oder nach meinem Tod
- ☐ Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person
- ☐ Es ist mir sehr wichtig, dass ich kurz vor oder nach dem Tod rechtzeitig die vorgesehenen Handlungen und Rituale meiner Religion/Konfession in Anspruch nehmen kann.

Das sind diese:

### 7.4 Freitod und aktive Sterbehilfe

- ☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.

**Variante A:** Ja

**Variante B:** Nein

**Variante C:** Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

Ich bitte die Ärzte und das Behandlungsteam mich frühzeitig auf einen möglichen Verlust meiner Urteilsfähigkeit aufmerksam zu machen, damit ich die Möglichkeit einer Freitodbegleitung im noch urteilsfähigen Zustand in Betracht ziehen könnte.

Besondere Anordnungen:

*Es ist nicht möglich, sich mit einer Patientenverfügung eine Freitodbegleitung zu sichern; denn die Patientenverfügung kommt erst zur Anwendung, wenn man nicht mehr urteilsfähig ist oder sich nicht mehr äussern kann. Eine Freitodbegleitung ist hingegen nur im Zustand der Urteils- und Handlungsfähigkeit möglich. Die aktive Sterbehilfe ist in der Schweiz gesetzlich verboten.*

### 8 Sterbort

- ☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.
- ☐ Ich möchte nach Möglichkeit zu Hause respektive in der mir vertrauten Umgebung z. B. im Altersheim, in dem ich lebe – sterben.
- ☐ Ich möchte in einer Institution sterben, in der wenn möglich palliativmedizinische Behandlung und Betreuung angeboten werden
- ☐ Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

Besondere Anordnungen:



## 9 Spenden von Organen, Geweben und Zellen

☐ Diese Fragen (9.1 und 9.2) möchte ich nicht beantworten.

☐ Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

☐ Ich habe bereits einen Spenderausweis. Organisation: \_\_\_\_\_

Mitglieder-Nr.: \_\_\_\_\_

### 9.1 Organspende bei Tod infolge Schädigung des Hirns

☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.

☐ Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

☐ Ich wünsche keine Entnahme zum Zweck der Organ-, Gewebe- oder Zellspende bei Tod infolge einer Schädigung des Hirns.

☐ Ich gestatte im Falle meines Todes die Entnahme jeglicher Organe, Gewebe und Zellen und damit verbundenen vorbereitenden organerhaltenden und medizinischen Massnahmen.

☐ Wenn mein Tod aufgrund einer Schädigung des Hirns eingetreten ist, bin ich bereit, folgende Organe, Gewebe und Zellen zu spenden:

☐ Herz

☐ Nieren

☐ Hornhaut (Cornea)

☐ Lungen

☐ Dünndarm

☐ Bauchspeicheldrüse (Pankreas)

☐ Leber

☐ Haut

☐ Weitere Gewebe und Zellen

Ich bin bereit Organe zu spenden, aber nur für die folgenden Person:

☐ Partner/Ehegatte

☐ Mutter/Vater

☐ Patentante/Onkel

☐ Bruder/Schwester

☐ Sohn/Tochter

☐ Schwiegermutter/Schwiegervater

☐ Andere (Personalien) ☐ Cousine/Cousin

☐ Schwager/Schwägerin/Schwiegersohn

☐ Onkel/Tante

☐ Grossvater/Großmutter/Gotte

☐ Schwägerin/Schwager

☐ Nichten/Neffen

☐ Grosskinder

☐ Andere, nämlich:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Ich möchte die folgenden Personen nicht aus persönlichen Gründen keine Organe spenden:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Diese Einwilligung schliesst medizinische Massnahmen ein, die die Funktion der betreffenden Organe erhalten (z. B. Fortführung der begonnenen Therapie trotz aussichtsloser Prognose, Verabreichung von Medikamenten zur Erhaltung der Herz-Kreislauffunktion, Blutentnahmen zur Steuerung der Behandlung etc.)

## 9.2 Organspende bei Tod nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand

- ☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.
- ☐ Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person
- ☐ Ich wünsche keine Entnahme zum Zweck der Organ-, Gewebe- und Zellspende bei Tod nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand
- ☐ Ich gestatte im Falle meines Todes die Entnahme jeglicher Organe, Gewebe und Zellen und die damit verbundenen vorbereitenden organerhaltenden medizinischen Massnahmen
- ☐ Wenn mein Tod aufgrund eines Herz-Kreislauf-Stillstandes nach erfolgloser Reanimation und nach dem Entscheid des Behandlungsteams, aussichtslos gewordene lebenserhaltende Massnahmen zu beenden, eingetreten ist, dürfen mir folgende Organe, Gewebe und Zellen entnommen werden:
- |                                 |                                   |  |
|---------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Herz   | <input type="checkbox"/> Nieren   | <input type="checkbox"/> Augenhornhaut (Cornea)        |
| <input type="checkbox"/> Lungen | <input type="checkbox"/> Dünndarm | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse (Pankreas) |
| <input type="checkbox"/> Leber  | <input type="checkbox"/> Haut     | <input type="checkbox"/> Weitere Gewebe und Zellen     |

Ich bin bereit Organe zu spenden, aber nur für die folgenden Personen:

- |   |                                   |                                      |
|---|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Familienangehörige | <input type="checkbox"/> Mutter   | <input type="checkbox"/> Vater       |
| <input type="checkbox"/> Geschwister        | <input type="checkbox"/> Kinder   | <input type="checkbox"/> Grosskinder |
| <input type="checkbox"/> Geschäftskollegen  | <input type="checkbox"/> Bekannte | <input type="checkbox"/> Verwandte   |
| <input type="checkbox"/> Andere, nämlich:   |                                   |                                      |

1.
2.
3.
4.

Für die folgenden Personen möchte ich aus persönlichen Gründen keine Organe spenden:

1.
2.
3.
4.

Die Einwilligung kann medizinische Massnahmen vor der Feststellung meines Todes einschliessen, die zur Erhaltung der betreffenden Organe erhalten (z.B. Blutentnahmen und andere Untersuchungen, Injektion von Medikamenten, Herzmassage, Einlegen von Sonden, durch welche die Organe durchblutet und gekühlt werden etc.).

### Hinweis, wenn sich Organspender und Organempfänger kennenlernen möchten

«Das schweizerische Transplantationsgesetz verbietet es zwar, dass sich Spenderfamilien und Empfänger kennenlernen. Auf der Plattform «Hab dank» können Betroffene – Spenderfamilien und Empfänger – ihre Gedanken und Gefühle äussern und ihre Geschichte in anonymisierter Form erzählen. Organempfänger, die sich bei der Spenderfamilie bedanken möchten, dies aber nicht im Internet tun möchten, können den Angehörigen des Spenders via Swisstransplant einen persönlichen Brief übermitteln. Dies ist auch für Spenderfamilien möglich, die wissen möchten, wie es den Organempfängern geht.»

## 10 Wünsche nach meinem Tod

### 10.1 Benachrichtigungen

☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.

☐ Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

Ich wünsche, dass folgende Personen sofort benachrichtigt werden (nach Wichtigkeit geordnet):

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Arbeitgeber oder Geschäftspartner:

1.
2.

Weitere Personen oder Institutionen, die nach meinem Tod benachrichtigt werden sollten:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

### 10.2 Obhut meiner minderjährigen Kinder

☐ Meine Anordnungen und Wünsche hinsichtlich einem separat abgefassten

Vorsorgevertrag festgehalten

Ich möchte, dass folgende Personen für meine Kinder sorgen

1.
2.
3.

Besondere Anmerkungen:

1.
2.
3.

**10.3 Autopsie**

- ☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.
- ☐ Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person
- ☐ Ich möchte keine Autopsie
- ☐ Für die Zwecke der Lehre und/oder Forschung darf eine Autopsie durchgeführt werden.

**Anmerkung:** In einem so genannten aussergewöhnlichen Todesfall wird eine Obduktion aus rechtlichen Gründen zwingend durchgeführt (rechtsmedizinische Obduktion), auch wenn die verstorbenen Person keine Autopsie wünscht!

**10.4 Körperspende an ein anatomisches Institut**

- ☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.

Ich stelle meinen Körper nach meinem Tod:

- ☐ Nicht für die medizinische Forschung zur Verfügung
- ☐ Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person
- ☐ Uneingeschränkt für die medizinische Forschung zur Verfügung und habe hierfür bei folgender Universität eine letztwillige Verfügung!

Name und Adresse der Universität / Institutes:

**10.5 Einsichtnahme in die Patientendokumentation nach meinem Tod**

- ☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.
- ☐ Ich gestatte niemandem Einblick in meine Patientendokumentation
- ☐ Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person
- ☐ Folgende Personen dürfen Einblick in meine Patientendokumentation nehmen:

Person 1:

Name	
Strasse / Nr.	
Tel. Privat	

Person 2:

Vorname	
Strasse / Nr.	
Tel. Privat	



## 10.6 Verwendung meiner Patientendokumentation für Forschungszwecke

☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.

Meine Patientendokumentation ...

- ☐ Darf unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen für Forschungszwecke verwendet werden.  
☐ Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person  
☐ Darf nicht für Forschungszwecke verwendet werden.

## 10.7 Bestattung und Grab

- ☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.  
☐ Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

Ich wünsche folgende Bestattungsart:

- ☐ Kremation / Feuerbestattung ☐ Erdbestattung

Ich wünsche folgendes Grab:

- ☐ Konventionelles Reihengrab ☐ Familiengrab ☐ Gemeinschaftsgrab  
☐ Urnen-Nische ☐ Kein Grab

Ich wünsche:

- ☐ Konventionelle Urne ☐ Bio Urne  
☐ Luftbestattung (Urnen-Asche)\* ☐ Wasserbestattung (Urnen-Asche)\* ☐ Landbestattung (Urnen-Asche)\*

\*Gesetzliche & Landesspezifische Vorschriften beachten

- ☐ Am folgendem Ort möchte ich ... ☐ ...begraben werden ☐ ...verstreut werden

	verstreut werden zu:	%
	verstreut werden zu:	%
	verstreut werden zu:	%

oder eine andere Art der Bestattung, nämlich:

## 10.8 Abdankung

- ☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.  
☐ Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

Ich wünsche:

- ☐ Keine Abdankung  
☐ Eine Abdankung mit folgender Gestaltung, nämlich:

**10.9 Leidzirkular / Todesanzeige**

- ☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.  
☐ Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

Ich wünsche:

- ☐ Keine Todesanzeige  
☐ Eine Todesanzeige mit folgenden Angaben:

- ☐ Ich wünsche, dass keine Todesanzeigen verschickt werden.  
☐ Ich wünsche, dass die Todesanzeige an folgende Personen verschickt werden soll:

1.
2.
3.
4.

- ☐ Ich wünsche, dass die Todesanzeige in den folgenden Zeitungen erscheinen soll:

1.
2.
3.

**10.10 Hinterbliebene wurden alle informiert**

- ☐ Alle Fragen unter Punkt 10 habe ich mit meinen Hinterbliebenen besprochen  
☐ Alle sind damit einverstanden  
☐ Sie sind damit nicht einverstanden (eigentlich mehrere der Hinterbliebenen)

Wer (Name, Vorname)

Der/Die Wünsche/Anliegen sind:

Ich bin Kompromiss dafür ist:

**11 Was ist mir sonst noch wichtig**

**12 Ärztliche Bestätigung (freiwillig)**

☐ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.

Diese Bestätigung ist nicht notwendig, wenn zum Zeitpunkt der Erstellung die betroffene Person 100% urteilsfähig ist. Wenn Zweifel der Urteilsfähigkeit besteht: Ärztliche Bestätigung der Urteilsfähigkeit zum Zeitpunkt der Erstellung der Patientenverfügung.

Ort/Datum	Stempel/ Unterschrift
-----------	--------------------------

**13 Zum Ausfüllen dieser Patientenverfügung wurde ich unterstützt durch:**

Die nachfolgenden Angaben sind freiwillig

Name	Vorname
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Tel. Privat	Handy

**14 Datierung und Unterzeichnung**

Diese Patientenverfügung habe ich nach reiflicher Überlegung und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, also im Zustand der Urteilsfähigkeit, verfasst. Sie gilt für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, die Entscheidungen über meine medizinische Behandlung und Betreuung zu treffen und meinen diesbezüglichen Willen mitzuteilen. Damit nehme ich an, dass ich wahr, meinen rechtsverbindlichen Willen an die Ärzte, den Arzt oder die Pflegefachpersonen sowie an vertretungsberechtigte Personen gemäss Art. 370 und 371 GB zu äussern. Bei widersprüchlichen Aussagen, sind diese gänzlich nicht zu berücksichtigen!

Mir ist bewusst, dass bei meinem Verzicht auf bestimmte medizinische und pflegerische Massnahmen mein Sterbeprozess beschleunigt werden könnte. Ich erkläre meinen Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen gerade, obwohl ich mich nicht davon ausserhalb der Grundsätzen der Palliative Care betreut und gepflegt zu werden wünsche ([www.samw.ch/de/Publications/Ankuenftigen.html](http://www.samw.ch/de/Publications/Ankuenftigen.html)). Mir ist ebenfalls bewusst, dass ich nur solche medizinische und pflegerische Massnahmen einfordern kann, die nach den Regeln der medizinischen oder pflegerischen Kunst angemessen sind. Für eine liebevolle und sorgfältige Betreuung, in der ich als ganzer Mensch wahrgenommen werde, bin ich dem medizinischen und pflegerischen Personal dankbar.

☐ Diese Anordnungen meiner Patientenverfügung gelten auch dann, wenn unvorhergesehene Vorkommnisse meine Beurteilung beeinträchtigt haben (wie z. B. bei einem Behandlungsfehler).

☐ Mit dieser Unterschrift erkläre ich meinen rechtsverbindlichen Willen im Hinblick auf medizinische Massnahmen und weitere verbindliche Anordnungen im Falle einer Urteilsunfähigkeit. In dieser Patientenverfügung genannten medizinischen Anordnungen gilt auch für alle Situationen einer Urteilsfähigkeit.

Ort/Datum	Unterschrift
-----------	--------------

**Wichtiger Hinweis:** Sie haben die Möglichkeit auf dem Notfallausweis zu erwähnen, dass Sie die Patientenverfügung elektronisch (digital) und physisch erstellt haben und wo diese überall hinterlegt sind. Die Erstellung einer Patientenverfügung ist freiwillig und Sie können Ihre Patientenverfügung jederzeit abändern oder widerrufen, solange Sie Urteilsfähig sind.

## 15 Erneuerungen/Aktualisierung der Patientenverfügung

- Diese Seite dient der Aktualisierung Ihrer Patientenverfügung.
- Wir empfehlen Ihnen, Ihre **Patientenverfügung** ungefähr **alle zwei Jahre** zu **überprüfen**.
- Datieren und unterschreiben Sie Ihre Patientenverfügung nach jeder periodischen Überprüfung und Anpassung.
- Wir **ÜBERWACHEN** das für Sie und wir nehmen **fristgerecht** mit Ihnen Kontakt auf!

☐ Diese Patientenverfügung entspricht immer noch meinem Willen.  
Dies bestätige ich hiermit erneut!

Ort/Datum

Unterschrift

☐ Diese Patientenverfügung entspricht immer noch meinem Willen.  
Dies bestätige ich hiermit erneut!

Ort/Datum

Unterschrift

☐ Diese Patientenverfügung entspricht immer noch meinem Willen.  
Dies bestätige ich hiermit erneut!

Ort/Datum

Unterschrift

☐ Diese Patientenverfügung entspricht immer noch meinem Willen.  
Dies bestätige ich hiermit erneut!

Ort/Datum

Unterschrift

☐ Diese Patientenverfügung entspricht immer noch meinem Willen.  
Dies bestätige ich hiermit erneut!

Ort/Datum

Unterschrift

☐ Diese Patientenverfügung entspricht immer noch meinem Willen.  
Dies bestätige ich hiermit erneut!

Ort/Datum

Unterschrift

☐ Diese Patientenverfügung entspricht immer noch meinem Willen.  
Dies bestätige ich hiermit erneut!

Ort/Datum

Unterschrift

☐ Diese Patientenverfügung entspricht immer noch meinem Willen.  
Dies bestätige ich hiermit erneut!

Ort/Datum

Unterschrift

☐ Diese Patientenverfügung entspricht immer noch meinem Willen.  
Dies bestätige ich hiermit erneut!

Ort/Datum

Unterschrift

☐ Diese Patientenverfügung entspricht immer noch meinem Willen.  
Dies bestätige ich hiermit erneut!

Ort/Datum

Unterschrift

## 16 Wichtige Dokumente: Aufbewahrung/Einlagerung der Originale

Es hilft Ihren Angehörigen, wenn Sie hier notieren, wo Sie Ihre wichtigen Dokumente aufbewahren.

Dokumente, die zu beachten sind:

### Vor dem Tod

Aufbewahrungsort / Hinterlegung der Originale

- ☐ Patientenverfügung
- ☐ Vorsorgeauftrag
- ☐ Organspenderausweis
- ☐ Todesanzeige\*
- ☐ Zeilen für meine Todesanzeige
- ☐ Versandliste für Leidszirkular
- ☐ Lebenslauf
- ☐ Testament
- ☐ Erbvertrag
- ☐ Bank / Postkonto
- ☐ Versicherungen
- ☐ Vermieter / Verwaltung
- ☐ Anderes


\*(z. B. Spende anstelle von Blumen gehen an Organisationen)



## 17 Aufbewahrungsort der Kopien: Digitale und/oder physische Hinterlegung

Es hilft Ihren Angehörigen, wenn Sie hier notieren, wer alles Kopien hat von Ihren wichtigen Dokumenten.

Dokumente, die zu beachten sind:

### Vor dem Tod

- ☐ Patientenverfügung
- ☐ Vorsorgeauftrag
- ☐ Organspenderausweis
- ☐ Todesanzeige
- ☐ Zeilen für meine Todesanzeige
- ☐ Versandliste für Leidzirkular
- ☐ Lebenslauf
- ☐ Testament
- ☐ Erbvertrag
- ☐ Bank / Postkonto
- ☐ Versicherungen
- ☐ Vermieter / Verwaltung
- ☐ Anderes

Wer hat eine Kopie davon:  
Drittperson / Vertrauensperson

	A	B	C
Patientenverfügung			
Vorsorgeauftrag			
Organspenderausweis			
Todesanzeige			
Zeilen für meine Todesanzeige			
Versandliste für Leidzirkular			
Lebenslauf			
Testament			
Erbvertrag			
Bank / Postkonto			
Versicherungen			
Vermieter / Verwaltung			
Anderes			

**A** digitale Hinterlegung  
**B** physische Hinterlegung  
**C** bei Vertrauensperson

## 18 Notfallausweis

Dieser gibt das Fortemonnaie bestimmt. Der Ausweis werden wir Ihnen zustellen nach Erhalt Ihrer Kopie.

**Ich besitze eine Patientenverfügung**

**Peter Muster-Meier**  
Musterstrasse 12  
6430 Schwyz  
geboren am: 15.03.1978

**Sie ist hinterlegt bei:**

- Bei meiner Vertrauensperson:  
Daniela Muster-Meier  
Musterstrasse 13  
6430 Schwyz (SZ)  
079 300 00 00
- Bei mir Zuhause: Büro 1. Stock  
(Regal, Versicherungs-Ordner)
- Bei meinem Hausarzt: Dr. Prof.  
Muster Christoph 041 888 88 88
- Digital am Schlüsselbund:  
Code: 5aP4-8Q2p

**plussminus50**

Persönliche und Rechtliche Vorsorge  
erstellt durch PlusMinus50.ch

**Zufrieden?** Sagen Sie es weiter!  
Sonst sagen Sie es uns.  
info@PlusMinus50.ch

**Ihre Experten für:**

- Persönliche Vorsorgeaufträge
- Professionelle Patientenverfügung
- Wunschgemässe Nachlassregelung
- Anordnungen im Todesfall
- Anordnung Organspende
- Vorsorge- und Pensionsplanung

Sind Sie auf das WorstCase-Szenario vorbereitet?  
**Machen Sie den Check unter:**  
**PlusMinus50.ch/Lebenssituation**

Diese Patientenverfügung wurde rechtlich geprüft.

Auszüge aus dem Text dürfen ohne Einwilligung nicht kopiert und anderweitig verwendet werden!

[www.plusminus50.ch](http://www.plusminus50.ch)

**6. Anweisungen im Todesfall**

Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua. At vero eos et accusam et justo duo dolores et ea rebum. Stet clita kasd gubergren, no sea takimata sanctus est Lorem ipsum dolor sit amet. Stet clita kasd gubergren, no sea takimata sanctus est Lorem ipsum dolor sit amet. Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua.

**7. Auflagen an meine Erben**

Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua. At vero eos et accusam et justo duo dolores et ea rebum. Stet clita kasd gubergren, no sea takimata sanctus est Lorem ipsum dolor sit amet. Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua. Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua.

**8. Letztwillige Verfügungen (Willensvollstreckung)**

Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua. At vero eos et accusam et justo duo dolores et ea rebum. Stet clita kasd gubergren, no sea takimata sanctus est Lorem ipsum dolor sit amet. Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua. Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua. At vero eos et accusam et justo duo dolores et ea rebum.

**9. Erbschaftssteuern**

Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua. At vero eos et accusam et justo duo dolores et ea rebum. Stet clita kasd gubergren, no sea takimata sanctus est Lorem ipsum dolor sit amet.

**10. Gerichtsstand**

Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua. At vero eos et accusam et justo duo dolores et ea rebum. Stet clita kasd gubergren, no sea takimata sanctus est Lorem ipsum dolor sit amet.

**11. Schlussbestimmungen**

Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua. At vero eos et accusam et justo duo dolores et ea rebum. Stet clita kasd gubergren, no sea takimata sanctus est Lorem ipsum dolor sit amet. Stet clita kasd gubergren, no sea takimata sanctus est Lorem ipsum dolor sit amet. Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua. Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua.

**12. Unterschrift:**

Münster (LU), den XX.XXXX.XXXX.

Muster Peter: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

(Hier endet das handschriftliche Testament)

Dieses Testament wurde durch PlusMinus50.ch erstellt. PlusMinus50.ch ist an der vertraglichen Beziehung nicht beteiligt und trägt keinerlei Verantwortung für den Abschluss, den Inhalt, die Vollständigkeit oder sonstige Belange dieses Vertrages.

Paraphieren: \_\_\_\_\_

# Überblick der Vorkehrungen zu Lebzeiten

In folgenden Themenbereichen können wir Sie beraten und bei der Umsetzung der erforderlichen Dokumente unterstützen:

- Gezielte Vorsorge-, Alters- und Pensionsplanung – diese beginnt bereits zu Beginn des Erwachsenenalters!
- Persönliche Nachlassplanung – wer soll was und wieviel erhalten und wer soll nichts erhalten?
- Ausarbeitung einer persönlichen und auf Sie abgestimmten Patientenverfügung
- Erstellung einer persönlich auf Sie abgestimmten Generalvollmacht – über den Tod hinaus
- Ausarbeitung eines persönlichen und auf Sie abgestimmten Vorsorgeauftrags
- Erstellung der Anordnungen im Todesfall sowie der Anordnungen zur Organspende
- Ausarbeitung eines persönlichen und auf Sie abgestimmten Testaments
- Ausarbeitung einer Vorsorgeerklärung für das Wohl Ihrer Haustiere
- Briefing/Anleitung für den Vorsorgeauftrag- und Ersatzbeauftragten im Falle einer Urteilsunfähigkeit oder im Todesfall
- Ehe- und Güterrechtsplanung – wem gehört was genau und welcher Güterstand ist für Sie der Beste?
- Persönliche Erbrechtsplanung – erben, vererben und verschenken!
- Wer soll Ihr persönlicher Willensvollstrecker sein?
- Ausarbeitung Ihres digitalen Nachlasses – Sie hinterlassen Spuren im Netz!
- Erstellung eines Konkubinatsvertrags/ Patchwork Family-Vertrags – zum Wohl aller Beteiligten
- Ausarbeitung eines Immo-Risiko Checks inkl. Masterplans – Wohneigentum versus Todesfall/Invalidität. Im Worst-Case droht ein Zwangsverkauf wegen der KESB, der Bank, der Familie etc. – die finanzielle Vorsorge für Sie und die Familie MUSS garantiert sein.



Ihre Wünsche und Vorstellungen sind unsere Lösungen! Es gibt für alles Lösungen. Nichts zu TUN ist das grösste Risiko! Melden Sie sich. Wir freuen uns auf Sie!

**Brauchen Sie Hilfe oder haben Sie Unklarheiten?**

**Kontaktieren Sie uns jetzt unter [info@plusminus50.ch](mailto:info@plusminus50.ch)**



Nutzen Sie uns als neutralen Sparring-Partner und Life-Coach damit Ihre Vorsorge gelingt!