

# Patientenverfügung und Anordnungen im Todesfall



www.plusminus50.ch  
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 familiäre Angehörige Person)	9
4.10	Erwünschte, zutrittsberechtigte Person 2 (nicht familiäre Angehörige Person)	
4.11	Unerwünschte Person 1	9
4.12	Unerwünschte Person 2	9
5	Was mir im Leben wichtig ist (Persönliche Werteschätzung im Leben)	10
5.1	In den folgenden Situationen fühlte ich mich sicher:	10
5.2	In Beziehungen zu anderen Menschen fühlte ich mich sicher:	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 erreichen:	11
5.8	Ich glaube an:	11
5.9	Ich habe Angst vor:	11
5.10	Ich möchte, dass mein Werdens respektiert wird:	11
6	Medizinische Anordnungen	12
6.1	Meine Blutgruppe	12
6.2	Lebenserhaltende Massnahmen	12
6.3	Lebenserhaltende Massnahmen bei Katastrophen wie Pandemien (Global)	
6.4	Lebenserhaltende Massnahmen bei Katastrophen wie Epidemien und/oder Naturkatastrophen (begrenztes Gebiet)	13
6.5	Entzug von Medikamenten	14
6.6	Reanimation in einem Spital oder Heim	14
6.7	Allergien und Phobien (Ärzte)	15
6.8	Künstliche Beatmung	15
6.9	Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr	16
6.10	Weiterleitungen	17
6.11	Linderung von Schmerzen und Unruhe	17
6.12	Einweisung in ein Spital bei schwerer Pflegebedürftigkeit	18
	Behandlungsort	18

**Ansichtsexemplar**  
**Kundenmuster**

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 Herzkreislauf-Stillstand	22
9.3	Hinweis, wenn sich Organspender und Organempfänger kennenlernen	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	24
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 unterrichtet.	27
14	Datierung und Unterzeichnung	27
15	Erneuerungen/Aktualisierungen der Patientenverfügung	28
16	Wichtige Dokumente zur Aufbewahrung/Einlagerung	29
17	Aufbewahrung der Dokumente: Digitale und/oder physische Hinterlegung	30
18	Notfallausweis	30

**Ansichtsexemplar  
Kundennmuster**

## 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 Behandlungssteam. 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 Behandlungssteam unterstützen. Darüber hinaus soll Sie zur Förderung einer gesellschaftlichen 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 eines Spitals eingeliefert. Ihr Leben hängt an einem seidenen Faden. Jede Minute zählt. Die Arzteschaft vermutet eine schwere Hirnschädigung. Soll man Sie operieren oder stilllegen lassen? Ihr Lebenspartner, mit dem Sie seit über fünf Jahren zusammenlebt, sagt gegenüber dem Arzt, seine Freundin habe sie gesagt, dass Sie bei einer gravierenden Schädigung nichts mehr für jeden Preis am Leben bleiben wolle. Zudem wisse er um die schlechten Prognosen von solchen Operationen und Proliferationen. Ihre Eltern, die ebenfalls in der Gegend waren, taten kurz nach ihm ausser Atem. In diesem Fall 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 sie nicht darum gehe. Vielmehr sollte er eruieren, was die Verunfallte gewollt hätte.

## 2. Meine Personalien

Mein Name ist Muster Peter und ich wohne an der Adresse  
Mustergasse 123 in 1000 Musterhausen.

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

Ich arbeite privat unter 0706-50 00 ; per Mail (privat) unter  
»muster.peter@service.cc«; 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 geltend zu machen und durchzusetzen. Die Schweigepflicht dieser Personen gegenüber mir wird hiermit aufgehoben!

**4.2 Vertretungsberechtigte Hauptperson (Bevollmächtigung)**

*Meine Hauptbevollmächtigte Person ist Muster Peter (meine Lebenspartnerin), wohnhaft an der Adresse Müllerweg 12 in 1000 Musterhausen.*

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

*Sie ist privat unter 079 000 00 00; per Mail (privat@server.com); erreichbar.*

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

**Ansichtsexemplar  
Kundenmuster**

**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.

**Ansichtsexemplar**  
**Kundenmuster**

**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@server.com «muster.peter@server.com»); erreichbar.

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

**4.6 Vertretungsberechtigte Ersatzperson 4 (Bevollmächtigung)**

Name	Barbara Muster
Strasse / Nr.	Mustergasse 12 / Ort
Wohnort / Land	Geburtsdatum
Telefon Privat	Tel. Geschäft
Mobile Privat	Mobile Geschäft
E-Mail Privat	E-Mail Geschäft
Geschlecht: <input checked="" type="radio"/> Männlich <input type="radio"/> Weiblich	Zivilstand: <input type="checkbox"/> Verheiratet <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> Weiblich	Zivilstand: <input type="radio"/> Verheiratet <input checked="" 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 Ersatzpersonen 5 besprochen.

**4.8 Mein Hausarzt / meine Hausärztin**

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

**Ansichtsexemplar**  
**Kundenmuster**

**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	

**Ansichtsexemplar**  
**Kundenmuster**

**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, Unternehmungen – Zusammensein, Gespräche – Schweigen etc.

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

z. B. Tagesablauf, Ernährung, Trinken, Körperpflege, Körpermassage, 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. Einschrankungen, Veränderungen, Verlust, Verzweiflung etc.

**5.10 Ich möchte, dass mein Leben 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 Betreuungsteam folgendes Verhalten (reichen in einer konkreten Entscheidungssituation die Anordnungen in dieser Patientenverfügung für einen Entscheid nicht aus, ist meine vertretungsberechtigte Person befugt, gemäss meinem mutmasslichen Willen den vorgeschlagenen medizinischen Maßnahmen einzustimmen oder diese abzulehnen):

- Diese Frage möchte ich nicht beantworten.

- Variante A:** Lebenserhaltende Massnahmen (inkl. Reanimationsversuche) sind gänzlich zu verlassen.  
**Variante B:** Lebenserhaltende Massnahmen (inkl. Reanimationsversuche) sind zu verlassen bei schlechter Erholungschance ... Lebenserhalt soll eine Behandlung nach den Erkenntnissen der modernen Palliative Care\* erfolgen.  
**Variante C:** Lebenserhaltende Massnahmen (inkl. Reanimationsversuche) sind in jeder Situation durchzuführen. Bei Verärgerungen, die allfällig zu einer lebenserhaltenden Behandlung resultieren, lasse ich in Kauf.  
**Variante D:** Lebenserhaltende Massnahmen (inkl. Reanimationsversuche) sind nur bei günstiger medizinischer Prognose durchzuführen.  
**Variante E:** Entscheide ich durch vertretungsberechte Person...

Varianten A B C D E

Bei andauerndem Verlust der Kommunikationsfähigkeit (durch Unfall oder Krankheit - z. B. Schlaganfall) und bei einer geringeren Aussicht, mit anderen Menschen wieder eine Beziehung aufnehmen zu können, möchte ich (selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist)...

Bei intensiv medizinischer Betreuung, schlechter Langzeitperspektive möchte ich (auch dann, wenn eine kurzzeitige Besserung möglich ist)...

Im Verlauf einer fortschreitenden, unheilbaren Erkrankung (z. B. Krebs, Demenz), bei der ich erheblichen körperlichen und/oder geistigen Einschränkungen reine und möchte ich (selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist)...

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

In unmittelbarer Todesnähe möchte ich... (wenn es absehbar ist, dass der Tod eintritt)

\*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 einen Entscheid 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 der modernen Palliative Care in der Bettenstation (keine Verlegung in die Intensivpflegestation) behandeln lassen.

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 Intensivpflegestation 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 Intensivpflegestation 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 den Prinzipien 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 Intensivpflegestation im Heim behandelt werden doch ohne Beatmungsmaschine oder anderen Geräten.

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

Antibiotika zur Behandlung einer akuten Infektion

Sedierende Medikamente bei unkontrollierbaren Symptomen  
(z.B. Atemnot, Schmerzen)

Im Endstadium einer unheilbaren tödlich verlaufenden Erkrankung möchte  
ich, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, nur schmerzstillende  
Medikamente

Medikamente zur Behandlung vorbestandenen Erkrankungen

Besondere Anordnungen:

#### 6.5 Reanimation in Spital, Zuhause oder Heim

Im Falle eines Spital- oder Pflegeheimaufenthalts und insbesondere vor einem operativen Eingriff erwarte  
ich bei Urteilsunfähigkeit, dass der zuständige Arzt die Frage eines allfälligen Herz-Kreislauf-Stillstandes und eventuellen Wiederbelebungsmaßnahmen mit einer vertretungsberechtigten Person be-  
spricht.

Diese Frage möchte ich nicht beantworten.

In folgenden Situation, die in der Praxis immer wieder schwierige Entscheidungen erfordert, erwarte  
ich von meinem Behandlungsteam folgendes Verhalten:

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

**Variante B:** Reanimationsmaßnahmen bei einem Herzstillstand im Rahmen  
des Leidensplans

**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 ...



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:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Anordnungen:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6.7 Künstliche Beatmung

Hier aufgelistet sind diejenigen Situationen, in denen der Arzt oder die Praxis immer wieder schwierige Entscheidungen erfordern. In folgenden Situationen erwarten Sie von Ihrem Behandlungsteam folgende Entscheidungen:

Diese Frage möchte ich nicht beantworten.

**Variante A:** Keine maschinelle Atemunterstützung. Atemstillstand soll soviel wie möglich mit optimalen palliativen Massnahmen (Gabe von Medikamenten und Sauerstoff) wirksam begleitet werden.

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

**Variante C:** Entzündung durch verletzte Atemwege einer betagten Person

Varianten **A    B    C**

Bei chronischer, unheilbarer, fortschreitender Erkrankung (z. B. neuromuskulärer oder neurologischer Erkrankung mit Unfähigkeit zur Kraft zum Atmen – ALS, Multiple Sklerose, Lou Gehrigs Disease – Leberbegangshypertrofie, fortgeschrittener chronischer Atemwegserkrankungen – COPD) möchte ich ...

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bei Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Erkrankung (selbst wenn die Lebenszeit noch nicht absehbar ist) möchte ich ...

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Besondere Anordnungen:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ansichtsexemplar  
Kundenmuster**

## 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 Stillleben aus 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 Personen

### Varianten

Bei andauerndem Verlust der Kommunikationsfähigkeiten (Schlaganfall oder Krankheit – z. B. Hirnschlag) und bei nur ganz geringer Aufmerksamkeit, in 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 erreicht ist) ...

Bei irreversibler Altersschwäche oder fortgeschrittenem Demenzerkrankung, in 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 (über 1 Monat)

Wenn durch schlechte Darmenz oder die eine Ernährung oder ähnliches eine Nahrungszufuhr im üblichen Rahmen nicht mehr möglich ist, möchte ich...

Besondere Anordnungen:

**Aussichtsexemplar  
Kundennuster**

## 6.9 Weitere Behandlungen

Diese Frage möchte ich nicht beantworten.

**Variante A:** Ja

**Variante B:** Nein

**Variante C:** Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

Chemotherapie, Bestrahlung

Chirurgische Eingriffe

Bluttransfusion

Dialyse

Besondere Anordnungen:

Varianten A C

## 6.10 Linderung von Schmerzen und Unannehmlichkeiten

Diese Frage möchte ich nicht beantworten.

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

**Variante A:** ... Schmerz- und Beruhigungsmitte... regelmäßig dosiert werden.  
Dabei erlaube ich auch eine allfällige Entzündung des Bewusstseins.

oder Verkürzung meines Lebenszeitraums.

**Variante B:** ... dass Schmerz und Beruhigungsmitte nur eingesetzt werden, um meinen Zustand verträglich zu gestalten. Das 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 Unannehmlichkeiten 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 noch erfüllt werden können und die Pflege am aktuellen Ort abgedeckt werden können.
- Variante B:** ... eine Einweisung in ein Spital nur dann, wenn durch diese Massnahme eine erhebliche Verbesserung der Lebensqualität oder Linderung eines akuten Schmerz oder einer anderen schweren Beschwerden besteht.
- Variante C:** ... eine Einweisung in ein Spital.
- Variante D:** Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

Wenn ich unheilbar krank und/oder irreversibel altersschwach, dauernd schwach, unzureichend, auf fremde Hilfe angewiesen und nicht mehr urteilsfähig bin, entscheide ich mich, dass ich bei Verschlechterung meines gesundheitlichen Zustandes ...

Besondere Anordnungen:

Varianten A B C D

### 6.12 Behandlungsort

Diese Frage möchte ich nicht beantworten.

- Eine Behandlung auf einer Intensivstation soll möglichst vermieden werden.
- Einweisung in eine Institution (Pflegeheim, Akut-Spital, Palliative-Care-Einrichtungen), nur wenn palliative Massnahmen zu Hause nicht durchgeführt werden können oder nicht mehr möglich sind.
- Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

Besondere Anordnungen:

Ansichtsexemplar  
Kundenmuster

## 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:

(Redacted area)

#### 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 eine andere in Anspruch
- Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person
- Während mein Leben seinem Ende entgeht, wünsche ich von folgendem Seelsorger begleitet zu werden:

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

Eventuelle Verabredungen:

(Redacted area)

**Ansichtsexemplar  
Kundenmuster**

### 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

A B C

Ich bitte die Ärzte und das Behandlungsteam mich frühzeitig auf einen möglichen Verlust meiner Urteilsfähigkeit vorzubereiten 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 verboten.

### 8 Sterben

- Diese Frage möchte ich nicht beantworten.

Ich möchte meine Möglichkeit zu Hause respektive in der mir vertrauten Umgebung z. B. in der Kirche, 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-  
infolge einer Schädigung des Hirns.

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

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

Herz

Nieren

Lungen

Dünndarm

Leber

Haut

Hornhaut (Cornea)

Speicheldrüse (Pankreas)

Weitere Gewebe und Organe

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

Partner/Ehegatte

Mutter/Vater

Patentante/Onkel/Tanten

Bruder/Schwester

Sohn/Tochter

Schwiegereltern/Schwiegereltern

Andere (Personalien)

Cousin/Cousine

Schwiegereltern/Schwiegersohn

Onkel/Tante

Gott

Schwiegereltern/Schwiegersohn

Nichten/Neffen

Grosskinder

Andere, nämlich:

1.

2.

3.

4.

Bei den folgenden Personen möchte ich 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-Kreislauftfunktion, Blutentnahmen zur Steuerung der Behandlung etc.)

**Ansichtsexemplar  
Kundennuster**

## 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, die 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 (Pancreas) |
| <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"/> Großeltern |
| <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 Entfernung kann medizinische Massnahmen vor der Feststellung meines Todes einschliessen, die Reaktion der betreffenden Organe enthalten (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 «Habdank» 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.»

Ansichtsexemplar  
Kundenmuster

**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 sollen:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

**10.2 Obhut meiner minderjährigen Kinder**

Meine Anordnungen und Wünsche hierfür in einem separaten abgefassten

Vorsorgeauftrag festgehalten

Ich möchte, dass folgende Personen für meine Kinder sorgen

1.

2.

3.

Besondere Anmerkungen:

1.

2.

3.

**Ansichtsexemplar  
Kundenmuster**

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

Person 2:

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

**Ansichtsexemplar  
Kundenmuster**

## 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:

Luftbestattung  
(Urnen-Asche)\*

Konventionelle Urne  
Vorberbestattung  
(Urnen-Asche)\*

Bio Urne

Landbestattung  
(Urnen-Asche)\*

\*Gesetzliche & Landesspezifische Vorschriften beachten

Am folgendem Ort möchte ich ... begraben werden

...begruben 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:

[Large empty gray box for drawing the desired form of the funeral service.]

**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:

1.   
2.   
3.   
4.

- Ich wünsche, dass die Todesanzeige in den folgenden Zeitungen erscheint (wählen Sie bis zu 3):  
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 darüber nicht einverstanden (es gibt mehrere der Hinterbliebenen)

Wer (Name/Firma)

Der/Die Wünsche/Anliegen sind:

**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 bestehen: Ärztliche Bestätigung der Urteilsfähigkeit zum Zeitpunkt der Erstellung der Patientenverfügung.

Ort/Datum

Stempel/  
Unterschrift

**13 Zum Ausfüllen dieser Patientenverfügung wurde ich unterrichtet 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 zukünftig nicht mehr in der Lage sein sollte, die Entscheidungen über meine medizinische Behandlung und Betreuung zu treffen und meinen diesbezüglichen Willen festzuhalten. Damit nehme ich eine Rechtswahr, meinen rechtsverbindlichen Willen an die Adresse des Arztes oder Pflegefachpersonals sowie an vertretungsberechtigte Personen gemäss Art. 370 und 371a GG zu aussern. Bei widersprüchlichen Aussagen, sind diese gänzlich nicht zu berücksichtigen!

Mir ist bewusst, dass bei einem Verzicht auf bestimmte medizinische und pflegerische Massnahmen mein Sterbeprozess beschleunigt werden könnte. Ein Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen gehört jedoch nicht davon aus, dass ich durch Anwälte der Palliative Care betreut und gepflegt zu werden (www.sammw.ch/de/Publikationen/Kliniken.html). Mir ist ebenfalls bewusst, dass ich nur solche medizinische und pflegerische Massnahmen einfordern kann, die nach den Regeln der medizinischen Kunst und der pflegerischen Kunst anzuwenden sind. Für eine liebevolle und sorgfältige Betreuung, in der ich als ganzer Mensch wahrgenommen werde, bin ich dem medizinischen und pflegerischen Team dankbar.

- Diese Anordnungen meiner Patientenverfügung gelten auch dann, wenn unvorhergesehene Vorkommnisse die Bevollmächtigung beeinträchtigt haben (wie z. B. bei einem Behandlungsfehler).
- Mit dieser Unterschriftenkunde 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 Urteilsunfähigkeit.

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
-----------	--------------

**Ansichtsexemplar**  
**Kundennmuster**

## 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

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

### Aufbewahrungsart / Hinterlegung der Originale

Patientenverfügung	
Vorsorgeauftrag	
Organspenderausweis	
Todesanzeige*	
Zeilen für meine Todesanzeige	
Versandliste für Leidzirkular	
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

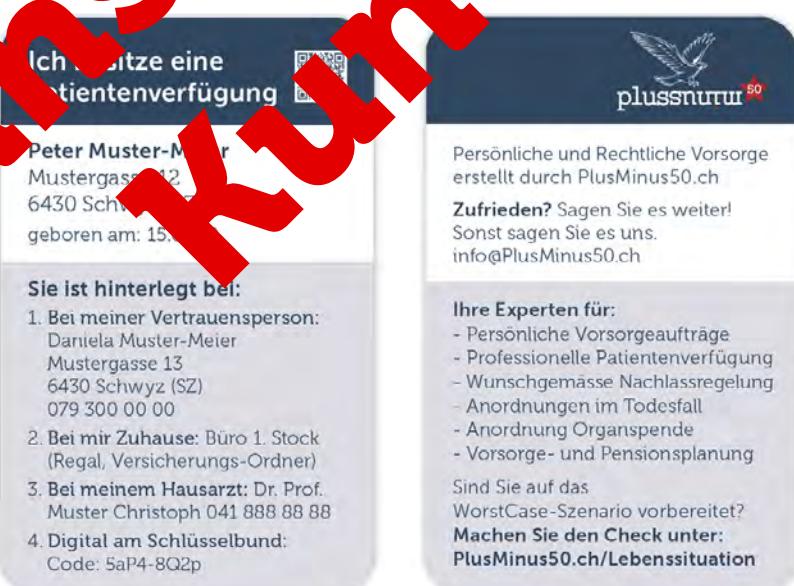
A    B    C



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

**18 Notfallausweis**

Dieser Ausweis bestimmt das Portemonnaie. Der Ausweis werden wir Ihnen per E-Mail nach Erhalt Ihrer Dokumente schicken.



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)

# 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!

