



# Patientenverfügung

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Bürgerort \_\_\_\_\_

Wohnadresse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Diese Patientenverfügung regelt rechtsverbindlich meinen Willen im Hinblick auf medizinische Massnahmen, sollte ich aufgrund einer vorübergehenden oder dauernden Urteilsunfähigkeit nicht mehr in der Lage sein, meinen Willen zu äussern. Ziel dieser Patientenverfügung ist es, mein Selbstbestimmungsrecht zu stärken sowie die behandelnden Personen bei der Entscheidungsfindung zu entlasten.

**ME Advocat**  
Rechtsanwälte

## 1. Anwendbarkeit dieser Patientenverfügung

Diese Patientenverfügung soll zur Anwendung kommen, wenn

- ich, aus welchen Gründen auch immer, vorübergehend oder dauernd urteilsunfähig bin und meinen Willen im Hinblick auf medizinische Behandlungsentscheide nicht mehr selbst äussern kann. Diese Patientenverfügung kommt sowohl bei Urteilsunfähigkeit infolge akuter Ereignisse (z.B. Unfall, Herzinfarkt oder Hirnschlag) als auch bei Urteilsunfähigkeit aufgrund chronischer Erkrankungen zur Anwendung.

- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2. Gründe für das Erstellen dieser Patientenverfügung

- Diese Patientenverfügung habe ich ohne besonderen Beweggrund verfasst. Mit diesem Dokument möchte ich in grundsätzlicher Weise für den Fall, dass ich urteilsunfähig werden sollte, vorsorgen.

office@advocat.ch  
www.advocat.ch

**ME Advocat AG**  
Hauptstrasse 17  
CH-9422 Staad  
T +41 71 855 77 66

Poststrasse 1  
CH-9100 Herisau  
T +41 71 282 50 55



- Folgende(s) Situation/Ereignis motivierte mich dazu, diese Patientenverfügung zu verfassen:

---

---

---

---

**3. Persönliche Situation zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Patientenverfügung**

- Zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Patientenverfügung war ich gesund, es lagen keine bekannten Erkrankungen vor.
- Zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Patientenverfügung litt ich an folgende(r)n ernsthaften Erkrankung(en):

---

---

Über den wahrscheinlichen Verlauf dieser Erkrankung(en) sowie die geplante(n) Behandlung(en) war ich zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Patientenverfügung

- informiert.
- nicht informiert.

Meine Einstellung zum Leben, Sterben und Tod:

---

---

---

---

---

---

---

---

Das verstehe ich unter Lebensqualität:

---

---

---



Folgende körperlichen und/oder geistigen Einschränkungen könnte ich akzeptieren:

---

---

---

Folgende körperlichen und/oder geistigen Einschränkungen könnte ich nicht akzeptieren:

---

---

---

#### 4. Vertretungsberechtigte Person i.S.v. Art. 378 Ziff. 1 ZGB

- Ich habe keine vertretungsberechtigte Person eingesetzt.
- Im Sinne von Art. 378 Ziff. 1 ZGB ernenne ich als vertretungsberechtigte Person:

---

Name	Vorname
------	---------

---

Geburtsdatum	Bürgerort
--------------	-----------

---

Adresse	PLZ/Ort
---------	---------

---

Tel. Privat	Tel. Geschäft
-------------	---------------

---

E-Mail	Handy
--------	-------

- Ich habe diese Patientenverfügung und deren Inhalt mit der oben aufgeführten vertretungsberechtigten Person besprochen.

#### 5. Meine Einstellung zu medizinischen Behandlungen und Therapien

- Im Falle einer vorübergehenden oder dauernden Urteilsunfähigkeit möchte ich mich nicht abschliessend zu den medizinischen Massnahmen und Therapien äussern. Ich möchte, dass die behandelnden Personen unter Einbezug der vertretungsberechtigten Person (vgl. Ziff. 4 vorstehend) die Behandlung und/oder Therapie so gestalten, dass meinem Willen und meiner persönlichen Einstellung (vgl. Ziff. 2 und 3 vorstehend) so gut wie möglich entsprochen wird.

- Sollte ich aufgrund eines akuten Ereignisses (z.B. Unfall, Herzinfarkt oder Hirnschlag) oder aufgrund einer chronischen Erkrankung urteilsfähig werden und sollte das Wiedererlangen der Urteilsfähigkeit aus medizinischer Sicht unmöglich oder sehr unwahrscheinlich sein, so verzichte ich auf sämtliche Massnahmen (inkl. Reanimationsversuche), die ausschliesslich eine Lebens- und Lebensverlängerung zur Folge haben. Stattdessen wünsche ich diesfalls eine Behandlung nach den neusten Erkenntnissen der Palliative Care. Dies beinhaltet gegebenenfalls auch die Gabe von schmerzlindernden Medikamenten, selbst wenn diese eine Verkürzung der Lebensdauer zur Folge haben sollte.
- Sollte ich aufgrund eines akuten Ereignisses (z.B. Unfall, Herzinfarkt oder Hirnschlag) oder aufgrund einer chronischen Erkrankung urteilsunfähig werden und sollte das Wiedererlangen der Urteilsfähigkeit aus medizinischer Sicht unmöglich oder sehr unwahrscheinlich sein, so möchte ich, dass sämtliche medizinischen und lebenserhaltenden Massnahmen ausgeschöpft werden, sofern diese aus medizinischer und ethischer Sicht vertretbar und sinnvoll sind.
- Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **6. Schmerzlinderung, Behandlung von Übelkeit und Unruhe**

- Ich wünsche in jedem Fall eine grosszügige und wirksame Schmerzbehandlung und Behandlung anderer Symptome wie Angst, Unruhe oder Übelkeit, selbst wenn diese sedativ wirken und eine allfällige Urteilsunfähigkeit herbeiführen oder verlängern bzw. eine Verkürzung der Lebensdauer zur Folge haben sollte.
- Ich wünsche lediglich eine minimale Schmerzbehandlung und Behandlung anderer Symptome wie Angst, Unruhe oder Übelkeit (so viel wie nötig, so wenig wie möglich), um meinen Zustand erträglich zu machen.
- Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **7. Künstliche Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung**

- Ich wünsche und gestatte, sofern erforderlich und aus medizinischer Sicht vertretbar und sinnvoll, die dauerhafte künstliche Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung, unabhängig von der Art der künstlichen Zufuhr.
- Ich wünsche und gestatte lediglich die vorübergehende künstliche Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung, wenn zu erwarten ist bzw. eine realistische Chance besteht, dass ich zu einem späteren Zeitpunkt wieder in der Lage sein werde, selbständig Flüssigkeit und Nahrung zu mir zu nehmen.
- Ich verzichte in jedem Fall auf die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung, selbst wenn dadurch mein Leben verkürzt werden sollte. Anstelle der künstlichen Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung wünsche ich lediglich eine Behandlung nach den neusten Erkenntnissen der Palliative Care.

- Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 8. Bluttransfusion, Blutprodukte und Dialyse

- Sofern erforderlich, gestatte ich Bluttransfusionen oder den Erhalt von Blutprodukten sowie die Durchführung einer Dialyse (Blutreinigungsverfahren).
- Ich möchte keine Bluttransfusion, Blutprodukte und/oder Dialyse.
- Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 9. Reanimation (Wiederbelebung)

- Ich wünsche und gestatte, sofern erforderlich und aus medizinischer Sicht vertretbar und sinnvoll, in jedem Fall Reanimationsmassnahmen bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand und/oder Atemstillstand.
- Ich wünsche und gestatte nur dann Reanimationsmassnahmen, wenn der Herz-Kreislauf-Stillstand und/oder Atemstillstand durch ein akutes Ereignis (z.B. Unfall, Herzinfarkt Hirnschlag) verursacht wird oder während eines medizinischen Eingriffs eintritt. Bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand und/oder Atemstillstand infolge einer chronischen Erkrankung verzichte ich auf Reanimationsmassnahmen.
- Ich verzichte in jedem Fall auf Reanimationsmassnahmen.
- Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 10. Organspende

Im Falle meines Ablebens

- möchte ich meine Organe spenden und gestatte die Entnahme jeglicher Organe, Gewebe und Zellen und die damit verbundenen vorbereitenden Massnahmen.
- gestatte ich die Entnahme folgender Organe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- dürfen keine Organe entnommen werden.
- soll die vertretungsberechtigte Person (vgl. Ziff. 4 vorstehend) über eine Organentnahme entscheiden.

## 11. Autopsie

Im Falle meines Ablebens

- gestatte ich eine Autopsie.
- möchte ich keine Autopsie (abgesehen von den im Gesetz vorgeschriebenen Fällen).
- soll die vertretungsberechtigte Person (vgl. Ziff. 4 vorstehend) über eine Autopsie entscheiden (abgesehen von den im Gesetz vorgeschriebenen Fällen).

## 12. Verwendung der medizinischen Daten

Im Falle meines Ablebens

- dürfen meine medizinischen Daten auch in nicht anonymisierter Form für die Forschung verwendet werden.
- dürfen meine medizinischen Daten ausschliesslich in irreversibel anonymisierter Form für die Forschung verwendet werden.
- soll meine Krankengeschichte nach Ablauf der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist vernichtet werden.
- soll meine Krankengeschichte nach Ablauf der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist an folgende Person ausgehändigt werden (Name und Adresse): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 13. Seelsorgerische Betreuung

- Während eines Spital- oder Heimaufenthalts möchte ich von folgendem Seelsorger betreut werden:

\_\_\_\_\_  
Name Vorname

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

\_\_\_\_\_  
Tel. Privat Tel. Geschäft

\_\_\_\_\_  
E-Mail Handy

- Während eines Spital- oder Heimaufenthalts nehme ich gerne das Seelsorgeangebot des jeweiligen Spitals bzw. Heims in Anspruch.



- Während eines Spital- oder Heimaufenthalts verzichte ich ausdrücklich darauf, den Dienst eines Seelsorgers in Anspruch zu nehmen.
- Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **14. Sterbeort**

- Sofern möglich und medizinisch vertretbar möchte ich zu Hause respektive in der mir vertrauten Umgebung (z.B. Pflegeheim) sterben.
- Ich möchte in einer Institution sterben, in der wenn möglich und erforderlich eine palliativmedizinische Betreuung angeboten wird.
- Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **15. Beisetzung und Abdankung**

- Ich wünsche eine Kremation.
- Ich wünsche eine Erdbestattung.
- Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Ich wünsche eine Abdankung. Dabei soll wenn möglich Folgendes beachtet werden:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Ich wünsche eine Abdankung, jedoch ohne Beteiligung eines Geistlichen.
- Ich wünsche eine Abdankung im engsten Familienkreis.
- Ich verzichte auf eine Abdankung.

#### **16. Unterzeichnung**

Ich bestätige hiermit, dass diese Patientenverfügung meinem Willen entspricht und erst nach reiflicher Überlegung in urteilsfähigem Zustand verfasst wurde.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift:



## 17. Bestätigung der Aktualität

Eine Patientenverfügung sollte aktuell gehalten werden, damit sie möglichst dem effektiven gegenwärtigen Willen entspricht. Aus diesem Grund empfiehlt es sich, die Patientenverfügung regelmässig, ungefähr alle ein bis zwei Jahre zu überprüfen. Mit den untenstehenden Unterschriften wird die Aktualität bestätigt.

---

Ort/Datum:

Unterschrift:

---

Ort/Datum:

Unterschrift:

---

Ort/Datum:

Unterschrift:

### **Wichtige Hinweise:**

Eine Patientenverfügung kann nur dann ihre Wirkung entfalten, wenn die behandelnden Personen Kenntnis von deren Bestand und Inhalt haben. Bewahren Sie Ihre Patientenverfügung so auf, dass sie jederzeit innert nützlicher Frist aufgefunden werden kann. Sorgen Sie dafür, dass Ihnen nahestehende Personen von Bestand und Hinterlegungsort der Patientenverfügung Kenntnis haben.

Der Bestand und der Hinterlegungsort können zusätzlich auf Ihrer Versichertenkarte eingetragen werden. Nehmen Sie hierfür gegebenenfalls mit Ihrer obligatorischen Krankenversicherung Kontakt auf.