

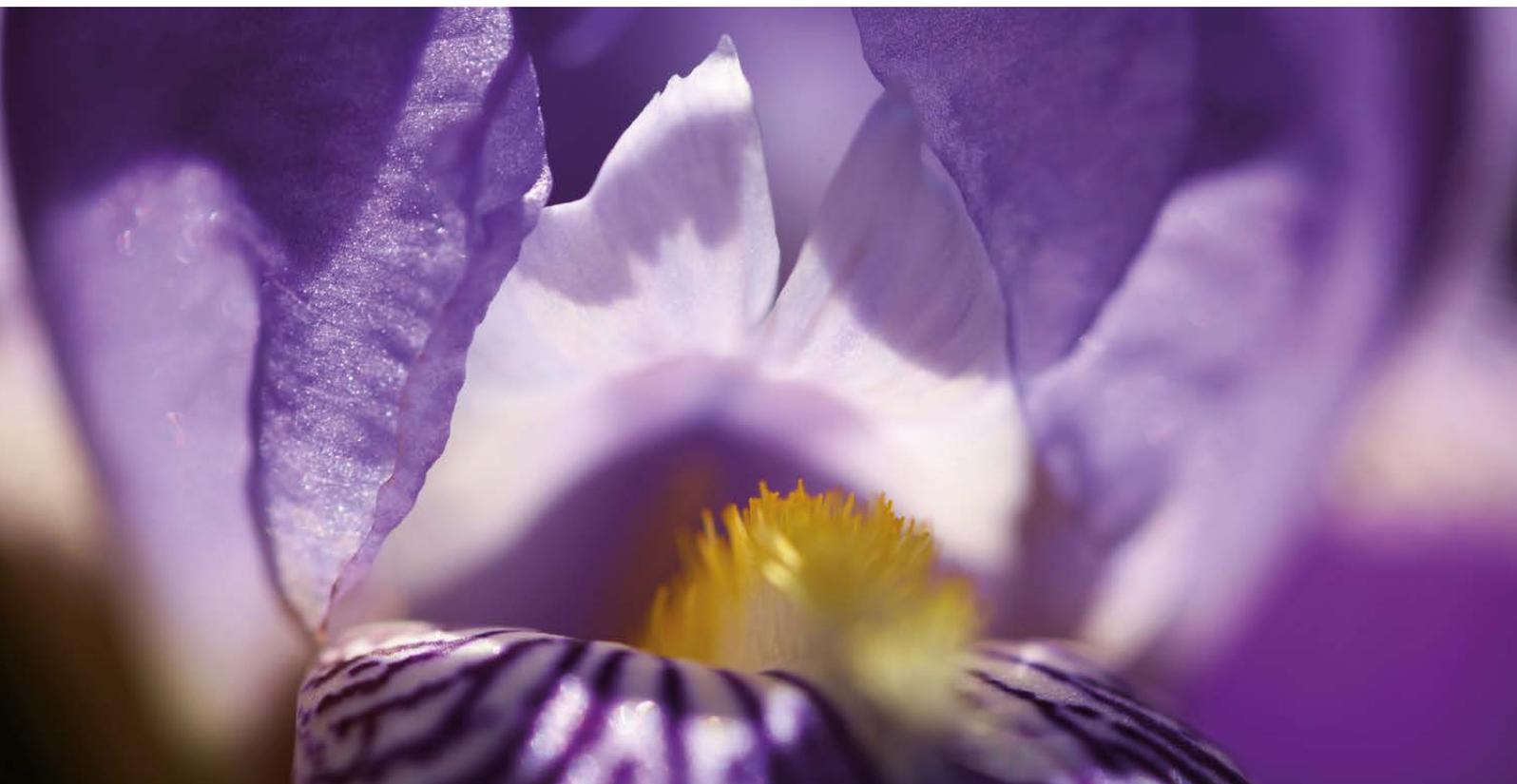


# Patientenverfügung der Krebsliga

Mein verbindlicher Wille  
im Hinblick auf Krankheit,  
Sterben und Tod

Patientenverfügung von

---



## Impressum

### Herausgeberin

Krebsliga Schweiz  
Effingerstrasse 40  
Postfach  
3001 Bern  
Tel. 031 389 91 00  
Fax 031 389 91 60  
info@krebsliga.ch  
www.krebsliga.ch

### Projektleitung

Eva Waldmann, Programmleiterin Rehabilitation  
und Palliative Care, Krebsliga Schweiz, Bern

### Text

Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle, Leiterin Institut  
Dialog Ethik, Zürich  
Lic. phil. Patrizia Kalbermatten-Casarotti, MAS,  
wissenschaftliche Mitarbeiterin Patientenverfügung,  
Institut Dialog Ethik, Zürich  
Lic. phil. Daniela Ritzenthaler-Spielmann, wissen-  
schaftliche Mitarbeiterin Patientenverfügung, Institut  
Dialog Ethik, Zürich  
Eva Waldmann, Krebsliga Schweiz, Bern

### Fachberatung

Dr. med. Hans Neuenschwander, Hospice Ticino  
und IOSI, Lugano  
Dr. med. Claudia Mazzocato, PD, MER, service de  
soins palliatifs, CHUV, Lausanne  
Dr. med. Ueli Grüniger, Geschäftsführer Kollegium  
für Hausarztmedizin (KHM), Bern  
Irma Boving, Pflegefachfrau Onkologie, Mitarbeiterin  
des Krebstelefons, Krebsliga Schweiz, Bern  
Klara Högger, dipl. Pflegefachfrau AKP, Sozialberaterin,  
Krebsliga St. Gallen-Appenzell  
Anne-Lise Bezençon, Sozialarbeiterin, Krebsliga Wallis

### Redaktion

Lic. phil. Catherine Bass, MAS Palliative Care  
und Thanatologie IUKB, Bubikon  
Verena Marti, Publizistiksupport, Krebsliga Schweiz, Bern  
Lic. phil. Sabine Jenny, Programmleiterin Krebs-  
informationsdienst, Krebsliga Schweiz, Bern

### Fotos

ImagePoint AG, Zürich

### Design

Krebsliga Schweiz, Bern

### Druck

Ast & Fischer AG, Wabern

Diese Patientenverfügung ist auch in französischer  
und italienischer Sprache erhältlich.

© 2016, 2013, 2009, Krebsliga Schweiz, Bern  
3., unveränderte Auflage

In Zusammenarbeit mit



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

*Diese Patientenverfügung geht vertieft auf spezifische Fragen ein, die sich bei einer Krebserkrankung stellen können.*

*Ergänzende hilfreiche Informationen finden Sie in der Broschüre «Selbstbestimmt bis zuletzt – aber wie? Wegleitung zum Erstellen einer Patientenverfügung». Sie bietet Anregungen und Hinweise, was beim Ausfüllen einer Patientenverfügung zu beachten ist.*

*Die Bestellmöglichkeit finden Sie im Anhang auf Seite 34.*

# Personalien

*Dieses Kapitel sollten Sie zuerst und in jedem Fall ausfüllen*

## Generell gilt:

- Zutreffendes bitte ankreuzen ().
- Datieren und unterschreiben Sie das Dokument von Hand.
- Wenn Sie das Dokument von Hand ausfüllen, schreiben Sie bitte gut lesbar.

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

Strasse/Hausnummer \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Heimatort \_\_\_\_\_

Religion/Konfession \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt

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

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_

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

# Vorwort

*Das Ausfüllen einer Patientenverfügung ist für viele Menschen nicht einfach. Krankheit, Sterben und Tod sind Themen, die wir lieber aus unserem Alltag verdrängen. Wer aber den Schritt trotzdem wagt, erlebt oft eine Beruhigung und Erleichterung.*

*Eine Patientenverfügung hilft, sich selbst, den Angehörigen und dem Behandlungsteam Klarheit darüber zu verschaffen, was Sie an Ihrem Lebensende wollen und vor allem auch, was Sie nicht wollen. Die Patientenverfügung ist Ausdruck Ihres vorgängig festgelegten Willens, falls Sie nicht mehr urteilsfähig sein sollten. Sie halten damit fest, wie entschieden werden soll, falls Sie dazu selber nicht mehr in der Lage sind.*

*Sprechen Sie mit Ihren Angehörigen und Nächsten, der vertretungsberechtigten Person, Ihrem Arzt, Ihrer Ärztin und anderen Menschen, denen Sie vertrauen, über Ihre Entscheidungen. Solche Gespräche können bei der Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen weiterhelfen.*

## **Aufbewahrungsort**

*Sorgen Sie dafür, dass die Patientenverfügung auffindbar ist, wenn sie gebraucht wird. Geben Sie Ihren vertretungsberechtigten Personen und evtl. Ihrem Hausarzt oder der behandelnden Ärztin eine aktuelle Kopie. Stellen Sie sicher, dass die Personen, die eine Kopie Ihrer aktuellen Verfügung haben, bereit sind, diese bei Bedarf ins Spital zu bringen.*

*Sie können den Aufbewahrungsort Ihrer Patientenverfügung auf Ihrer Versichertenkarte digital speichern. Bitten Sie Ihren Arzt/Ihre Ärztin, diese Speicherung für Sie vorzunehmen.*

*Hinten finden Sie eine Karte zum Herausnehmen, auf der Sie eintragen können, dass Sie eine Patientenverfügung haben und bei wem diese hinterlegt ist. Im Notfall kann es sehr nützlich sein, diese Karte bei sich zu tragen, z. B. im Portemonnaie.*

*Seit 2013 sind Ärzte und Ärztinnen im Spital verpflichtet, bei der Behandlung eines urteilsunfähigen Patienten/einer Patientin abzuklären, ob eine Patientenverfügung vorhanden ist, indem sie nach einem Hinweis auf der Versichertenkarte suchen. Daher ist die Speicherung des Aufbewahrungsortes der Patientenverfügung auf der Versichertenkarte sehr wichtig.*

*Im Anhang auf Seite 34 finden Sie eine Internetadresse, unter der Sie weiterführende Informationen zur Versichertenkarte erhalten. Die kantonalen Krebsligen (Adressen siehe S. 35) beraten Sie kostenlos beim Ausfüllen Ihrer Patientenverfügung. Zum Thema Patientenverfügung ist auch eine Broschüre erhältlich (siehe S. 34).*

*Wird im Text nur die männliche oder weibliche Form verwendet, gilt sie jeweils für beide Geschlechter.*

# Inhalt

Lassen Sie sich Zeit und regeln Sie die Punkte, die Ihnen im Moment wichtig sind. Das nachfolgende Inhaltsverzeichnis mit Datum macht es möglich, dass Sie nicht alle aufgeführten Kapitel/Punkte schon von Anfang an ausfüllen müssen.

Für das Behandlungsteam ist es hilfreich, einen Überblick über die ausgefüllten Kapitel/Punkte zu haben. Bitte notieren Sie hinter der Seitenzahl, wann Sie die einzelnen Punkte ausgefüllt haben.

Denken Sie daran, bei Ergänzungen oder Änderungen auch hinten auf Seite 32 das Datum der Aktualisierung zu notieren und zu unterschreiben.

	Seite	Ausgefüllt am
<b>Personalien</b>	<b>3</b>	_____
<b>Vorwort</b>	<b>4</b>	_____
<b>Adressaten</b>	<b>6</b>	_____
Vertretungsberechtigte Person	6	_____
<b>Was mir im Leben wichtig ist</b>	<b>10</b>	_____
<b>Medizinische Anordnungen</b>	<b>13</b>	_____
Linderung von Schmerzen	13	_____
Linderung von Atemnot	14	_____
Linderung von anderen Symptomen	15	_____
Ernährung	16	_____
Flüssigkeit	18	_____
Lebenserhaltende Massnahmen	18	_____
Reanimation	19	_____
<b>Betreuung und Begleitung</b>	<b>20</b>	_____
Einweisung in ein Akutspital	20	_____
Sterbeort	21	_____
Begleitung	21	_____
Religiöse Handlungen	23	_____
<b>Nach meinem Tod</b>	<b>24</b>	_____
Medizinische Forschung	24	_____
Verfügung über meinen Körper	25	_____
Einsichtnahme in meine Patientendokumentation	27	_____
Bestattung und Abdankung	28	_____
Was mir sonst noch wichtig ist	30	_____
<b>Datierung und Unterzeichnung</b>	<b>31</b>	_____
<b>Aktualisierungen</b>	<b>32</b>	<u>nur auf Seite 32 ausfüllen</u>
<b>Wichtige Dokumente und ihr Aufbewahrungsort</b>	<b>33</b>	_____
<b>Anhang</b>	<b>34</b>	_____

# Adressaten

*Diesen Teil sollten Sie in jedem Fall ausfüllen*

Solange ich urteilsfähig bin, kann ich selbst jeder Therapie, die mir der behandelnde Arzt oder die Ärztin vorschlägt, zustimmen oder diese ablehnen.

Der medizinische Fortschritt ermöglicht es heute vielen Menschen, länger und mit einer besseren Lebensqualität zu leben als früher. Neue medizinische Handlungsmöglichkeiten können jedoch auch zu neuen Problemsituationen führen. Ich habe als autonome, urteilsfähige Person das Recht, auf medizinische und pflegerische Massnahmen zu verzichten, wenn sie mir nicht wünschenswert erscheinen. Umgekehrt kann ich Massnahmen, soweit sie nach den Regeln der medizinischen resp. pflegerischen Kunst angemessen sind, auch einfordern. Darum verlange ich, dass mein Wille respektiert wird.

Mit meinen Anordnungen möchte ich die vertretungsberechtigten Personen sowie das Behandlungsteam entlasten. Die Verfügung gibt ihnen Anhaltspunkte, wie in meinem Sinne entschieden und gehandelt werden soll, wenn ich nicht in der Lage bin, selber zu entscheiden.

## Vertretungsberechtigte Person

*Die vertretungsberechtigte Person*

- *erhält Informationen über den Gesundheitszustand und über die Prognose zum weiteren Verlauf der Erkrankung der urteilsunfähigen Person*
- *wird in Entscheidungen zur Behandlung und Betreuung einbezogen*
- *setzt den in der Patientenverfügung festgelegten Willen durch*
- *stimmt, stellvertretend für die urteilsunfähige Person, vorgesehenen medizinischen Massnahmen zu oder lehnt diese ab*
- *entscheidet bei medizinischen und pflegerischen Fragen, die in der Patientenverfügung nicht geregelt sind, im Sinne der Verfügung und gemäss dem mutmasslichen Willen der urteilsunfähigen Person*
- *darf über eine allfällige Entnahme von Organen, Gewebe oder Zellen entscheiden, unter Vorbehalt der Anordnungen unter «Verfügung über meinen Körper» auf Seite 25 dieser Patientenverfügung*

Ich habe diese Patientenverfügung mit den im Folgenden aufgeführten Personen besprochen.

Den genannten Personen gegenüber entbinde ich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie die Pflegenden von ihrer Schweigepflicht.

## Vertretungsberechtigte Person

Vorname/Name

---

Adresse

---

Geburtsdatum

---

Telefon Privat/Telefon Geschäft

---

Mobile/E-Mail

---

Art der Beziehung

---

Evtl. Abmachungen

---

---

## Ersatzpersonen

Kann meine obengenannte vertretungsberechtigte Person ihre Funktion nicht ausüben, sind folgende Personen der Reihe nach berechtigt, deren Aufgaben zu übernehmen.

Vorname/Name

---

Adresse

---

Geburtsdatum

---

Telefon Privat/Telefon Geschäft

---

Mobile/E-Mail

---

Art der Beziehung

---

Evtl. Abmachungen

---

---

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

Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon Privat/Telefon Geschäft \_\_\_\_\_

Mobile/E-Mail \_\_\_\_\_

Art der Beziehung \_\_\_\_\_

Evtl. Abmachungen \_\_\_\_\_

### **Keine persönlich ernannte vertretungsberechtigte Person**

Wenn ich auf der vorhergehenden Seite keine vertretungsberechtigte Person ernannt habe, hat der unten aufgeführte Personenkreis in dieser Reihenfolge automatisch das Recht, stellvertretend für mich zu entscheiden.

*Es sind dies per Gesetz (Art. 378 des Zivilgesetzbuches):*

- *der Beistand oder die Beiständin mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen*
- *die Ehefrau, der Ehemann, die eingetragene Partnerin oder der eingetragene Partner, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führen oder ihr regelmässig Beistand leisten*
- *die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt\**
- *die Nachkommen\**
- *die Eltern\**
- *die Geschwister\**

*\* Falls diese der urteilsunfähigen Person regelmässig Beistand leistet/leisten.*

Ich habe keine vertretungsberechtigte Person bezeichnet und möchte, dass meine Angehörigen in der gesetzlich vorgegebenen Reihenfolge dieses Recht ausüben.

- Ich habe keine vertretungsberechtigte Person bezeichnet und möchte **nicht**, dass meine Angehörigen, wie im Gesetz vorgesehen, dieses Recht ausüben.  
**Mir ist bewusst**, dass die Erwachsenenschutzbehörde voraussichtlich einen Beistand mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen bezeichnen wird, wenn über eine medizinische Behandlung zu entscheiden ist, zu der ich mich in der Patientenverfügung nicht geäussert habe.

### Unerwünschte Personen

Ich will, dass die folgenden Personen mich weder aufsuchen noch auf irgendeine Weise Einfluss nehmen können.

Vorname/Name

---

Adresse

---

Art der Beziehung

---

Bemerkungen

---

---

Vorname/Name

---

Adresse

---

Art der Beziehung

---

Bemerkungen

---

---

### Dank

Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden, meinen vertretungsberechtigten Personen und allen Beteiligten danke ich von Herzen. Ich bin mir bewusst, dass für sie schwierige, belastende Situationen eintreten können.

# Was mir im Leben wichtig ist

*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.*

## **In diesen Situationen fühle ich mich wohl**

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

---

---

---

## **In Beziehungen zu anderen Menschen schätze ich**

*z. B. Nähe – Distanz, Körper – Intellekt, Unternehmungen – Zusammensein, Gespräche – Schweigen etc.*

---

---

---

## **Diese Lebensgewohnheiten/Rituale sind für mich wichtig**

*z. B. Tagesablauf, Essen, Trinken, Körperpflege, Kontakte, Zerstreuung, Haustiere etc.*

---

---

---

**Ich lege besonders Wert auf**

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

---

---

---

**Meine Vorlieben sind**

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

---

---

---

**Meine Abneigungen sind**

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

---

---

---

**Das möchte ich gerne noch erleben**

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

---

---

---



# Medizinische Anordnungen

*Dieser Bereich kann auch nur teilweise und zu unterschiedlichen Zeitpunkten ausgefüllt werden.*

*Diese Patientenverfügung der Krebsliga geht vertieft auf spezifische Fragen ein, die sich bei einer Krebserkrankung stellen können.*

*Besprechen Sie Fragen, die sich Ihnen beim Ausfüllen der medizinischen Anordnungen stellen, unbedingt mit Ihrem Arzt, der Ärztin oder mit dem Pfltegeteam. Lassen Sie sich von den Fachpersonen Vor- und Nachteile sowie zu erwartende Konsequenzen der verschiedenen Varianten erklären.*

## **Palliative Care**

Unter Palliative Care (Palliativmedizin) versteht man die umfassende Behandlung und Begleitung von Menschen mit einer fortschreitenden, chronischen oder unheilbaren Krankheit. Dabei werden medizinische, soziale, psychologische und spirituelle Bedürfnisse des Menschen berücksichtigt. Im Vordergrund steht eine optimale Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Atemnot, Übelkeit oder Angst. Ziel ist, eine möglichst gute, individuelle Lebensqualität zu erreichen.

Falls ich einmal nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen kundzutun, halte ich im Folgenden fest, was ich vom behandelnden Team erwarte. Reichen in einer konkreten Entscheidungssituation die Anordnungen in meiner Verfügung nicht aus, ist meine vertretungsberechtigte Person befugt, den vorgeschlagenen Massnahmen zuzustimmen oder sie abzulehnen.

## **Linderung von Schmerzen**

Ich gehe davon aus und will, dass meine Schmerzen nach den Erkenntnissen der modernen Palliative Care behandelt werden.

- Variante A**  
Sollte ich trotz der besten verfügbaren Therapie Schmerzen haben, will ich, dass Schmerz- und sedierende Mittel sowie andere Medikamente grosszügig dosiert werden und ich nicht mehr unter den Symptomen leide. Dabei nehme ich auch eine allfällige Beeinträchtigung des Bewusstseins oder Verkürzung meines Lebens in Kauf.

- Variante B**  
Perioden mit klarem Bewusstsein sind mir wichtig. Sollte ich trotz der besten verfügbaren Therapie Schmerzen haben, will ich, dass Schmerz- und sedierende Mittel sowie andere Medikamente nur eingesetzt werden, um meinen Zustand erträglich zu gestalten.

Besondere Anordnungen

---

---

---

## Linderung von Atemnot

*Das Gefühl, nicht mehr richtig atmen zu können, kann mit grossen Ängsten verbunden sein. Atemunterstützende Massnahmen dienen dazu, plötzliche Atemnot zu vermeiden.*

*In der Palliative Care wird die Atemnot medikamentös und mit pflegerischen Massnahmen wirksam gelindert. Bei Bedarf wird zusätzlich Sauerstoff mittels eines kleinen Schlauches direkt in die Nase gegeben.*

*Bei der apparativen Atemunterstützung wird die Atmung mit Hilfe einer Maske unterstützt.*

*Bei der invasiven (invasiv: eindringend/eingreifend) apparativen Atemunterstützung wird für die direkte Luftzufuhr ein Tubus (Rohr) in die Hauptlufttröhre eingelegt. Dies ist möglich durch den Mund, die Nase oder durch einen Luftröhrenschnitt.*

- Ich wünsche keine apparative Atemunterstützung. Atemnot soll ausschliesslich mit palliativen Massnahmen wirksam bekämpft werden.**

- Variante A**  
Sollte ich trotz der besten verfügbaren Therapie Atemnot haben, will ich, dass Schmerz- und sedierende Mittel sowie andere Medikamente grosszügig dosiert werden und ich nicht mehr unter den Symptomen leide. Dabei nehme ich auch eine allfällige Beeinträchtigung des Bewusstseins oder Verkürzung meines Lebens in Kauf.

- Variante B**  
Perioden mit klarem Bewusstsein sind mir wichtig. Sollte ich trotz der besten verfügbaren Therapie Atemnot haben, will ich, dass Schmerz- und sedierende Mittel sowie andere Medikamente nur eingesetzt werden, um meinen Zustand erträglich zu gestalten.

Ich wünsche eine apparative Atemunterstützung

**Variante A**

mit Hilfe einer Maske, jedoch nicht mittels Intubation oder Luftröhrenschnitt, sofern das Behandlungsteam die künstliche Beatmung als medizinisch angezeigt erachtet.

**Variante B**

auch mittels Intubation oder Luftröhrenschnitt, sofern das Behandlungsteam die künstliche Beatmung als medizinisch angezeigt erachtet.

#### **Intubation**

Einführen eines Schlauches über Mund oder Nase zur Sicherung der Atemwege.

## **Linderung von anderen Symptomen**

Ich gehe davon aus und will, dass belastende Symptome wie z. B. Übelkeit, Unruhe etc. nach den Erkenntnissen der modernen Palliative Care behandelt werden.

**Variante A**

Sollten die Symptome trotz der besten verfügbaren Therapie nicht ausreichend gelindert werden können, will ich, dass Schmerz- und sedierende Mittel sowie andere Medikamente grosszügig dosiert werden. Dabei nehme ich auch eine allfällige Beeinträchtigung des Bewusstseins oder Verkürzung meines Lebens in Kauf.

**Variante B**

Perioden mit klarem Bewusstsein sind mir wichtig. Sollten die Symptome trotz der besten verfügbaren Therapie nicht ausreichend gelindert werden können, will ich, dass Schmerz- und sedierende Mittel sowie andere Medikamente nur eingesetzt werden, um meinen Zustand erträglich zu gestalten.

Besondere Anordnungen

---

---

---

# Ernährung

*Das Recht auf Ernährung, das heisst auf Nahrung und Flüssigkeit, ist ein Menschenrecht. Jeder Mensch hat gleichzeitig aber auch die Freiheit, Nahrung und Flüssigkeit zu verweigern.*

## Nahrung

- Ich will, dass eine Nahrungsverweigerung meinerseits akzeptiert wird. Dies bedeutet, dass man aufhört, mir das Essen einzugeben, wenn ich signalisiere, dass ich nicht mehr essen möchte, z. B. durch Schliessen des Mundes und Wegdrehen des Kopfes, wenn mir Essen angeboten wird\*.

\* Das Behandlungsteam klärt sorgfältig ab, dass die Essensverweigerung keine physischen Ursachen hat, wie z. B. Schmerzen im Mund- oder Rachenraum sowie in der Speiseröhre.

## Nahrungszusätze

- Ich will keine Nahrungszusätze (z. B. Vitamine, Energy Drinks etc.).
- Ich will Nahrungszusätze (z. B. Vitamine, Energy Drinks etc.).

## Künstliche Ernährung

*Künstliche Ernährung zählt zu den lebenserhaltenden Massnahmen.*

*Achten Sie darauf, dass Ihre Entscheidungen sich nicht widersprechen mit Ihren Entscheidungen auf Seite 18 unter «Lebenserhaltende Massnahmen».*

*Dem Wunsch nach künstlicher Ernährung, auch im Endstadium einer unheilbaren, fortschreitenden Erkrankung, wird entsprochen, wenn das Behandlungsteam die künstliche Ernährung als medizinisch angezeigt erachtet. Eine künstliche Ernährung gilt z. B. als medizinisch nicht angezeigt, wenn die Sterbephase eingetreten ist und der Tod unmittelbar bevorsteht.*

*Künstliche Ernährung kann auf drei verschiedene Arten erfolgen:*

- *mit einer Magensonde (dünner Schlauch) durch die Nase*
- *mit einer Magensonde direkt durch die Bauchdecke in den Magen (PEG)*
- *über Infusionen unter Umgehung des Magen-Darm-Traktes*

## Ernährung mit einer Magensonde durch die Nase

- Variante A**  
Ich lehne die Ernährung mit einer Magensonde durch die Nase ab, auch wenn dadurch mein Leben verkürzt werden sollte. Die Betreuung soll sich auf die Mundpflege sowie Haut- und Schleimhautpflege beschränken.

- Variante B**  
Auch im Endstadium einer unheilbaren Erkrankung will ich mit einer Magensonde durch die Nase ernährt werden, falls ich die Nahrung nicht mehr in ausreichender Menge auf natürlichem Weg einnehmen kann, sofern dies medizinisch sinnvoll ist.

### **Ernährung mit einer Magensonde durch die Bauchdecke (PEG)**

- Variante A**  
Ich lehne die Ernährung mit einer Magensonde (PEG) ab, auch wenn dadurch mein Leben verkürzt werden sollte. Die Betreuung soll sich auf die Mundpflege sowie Haut- und Schleimhautpflege beschränken.
- Variante B**  
Auch im Endstadium einer unheilbaren Erkrankung will ich mit einer Magensonde (PEG) ernährt werden, falls ich die Nahrung nicht mehr in ausreichender Menge auf natürlichem Weg einnehmen kann, sofern dies medizinisch sinnvoll ist.

### **Ernährung über Infusionen (z.B. in eine Blutbahn)**

- Variante A**  
Ich lehne die Ernährung über Infusionen ab, auch wenn dadurch mein Leben verkürzt werden sollte. Die Betreuung soll sich auf die Mundpflege sowie Haut- und Schleimhautpflege beschränken.
- Variante B**  
Auch im Endstadium einer unheilbaren Erkrankung will ich über eine Infusion ernährt werden, falls ich die Nahrung nicht mehr in ausreichender Menge auf natürlichem Weg einnehmen kann, sofern dies medizinisch sinnvoll ist.

Besondere Anordnungen

---

---

---

---

---

---

---

---

## Flüssigkeit

Wenn ich nicht mehr trinken kann

- will ich keine Flüssigkeit mittels einer Infusion.
- akzeptiere ich Infusionen, wenn Durst vermutet wird. Treten Ödeme auf, sind die Infusionen zu stoppen.

Besondere Anordnungen

---

---

---

## Lebenserhaltende Massnahmen

- Variante A**  
Ich will keine lebenserhaltende Behandlung, sondern ausschliesslich lindernde Pflege und Begleitung (Palliative Care, siehe S. 13).
  - Das behandelnde Team verzichtet auf alle diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, die explizit der Lebenserhaltung dienen. Massnahmen wie Beatmung, Nierenersatzverfahren (Dialyse), medikamentöse Kreislaufunterstützung, Antibiotika, Blutersatzverfahren inklusive Infusionen, Medikamente zur Senkung des Kalziumspiegels werden abgesetzt.
  - Diagnostische und therapeutische Massnahmen sollen nur optimaler palliativer (lindernder) Betreuung dienen.
- Variante B**  
Ich will, dass das behandelnde Team alle lebenserhaltenden medizinischen Massnahmen ausschöpft, sofern diese vom Behandlungsteam als medizinisch angezeigt erachtet werden.

Besondere Anordnungen

---

---

---

---

## Reanimation

*Reanimation heisst notfallmässige Sofortmassnahmen nach Eintritt eines plötzlichen Herz-Kreislauf- und/oder Atem-Stillstandes mit Bewusstlosigkeit. Ziel der Reanimationsmassnahmen ist die möglichst rasche Wiederherstellung lebenswichtiger Kreislauf- und Atemfunktionen, um wichtige Organe (insbesondere Gehirn, Herz, Niere) wieder ausreichend mit Sauerstoff zu versorgen.*

*Die Herz-Lungen-Reanimation umfasst Massnahmen wie Herzmassage, Defibrillation, Intubation, Beatmung sowie Verabreichung von kreislaufstützenden Medikamenten. Sind die Reanimationsmassnahmen erfolglos oder werden sie nicht ausgeführt, hat dies unausweichlich den Tod des Patienten/der Patientin zur Folge.*

*Ausserhalb des Spitals überleben ungefähr 5% der Patientinnen oder Patienten einen akuten Herz-Kreislauf-Stillstand. Erfolgt der Herz-Kreislauf-Stillstand innerhalb des Spitals, sind die Überlebensraten höher.*

*Bei einer fortgeschrittenen Krebserkrankung ist die Aussicht auf eine erfolgreiche Reanimation allerdings schlecht. Auch nach einer erfolgreichen Reanimation nimmt das Ausmass bleibender Schädigungen (insbesondere Gehirnschädigungen aufgrund der Sauerstoff-Mangelversorgung) zu, je älter die Patientinnen und Patienten und je schlechter ihr Allgemeinzustand ist.*

Im Falle eines Herz-Kreislauf- und/oder Atem-Stillstandes will ich,

- dass Reanimationsmassnahmen eingeleitet werden
- keine Reanimationsmassnahmen

Besondere Anordnungen

---

---

---

### **Defibrillation**

Kontrollierte Abgabe eines «Elektroschocks» an den Herzmuskel, um die normale Herzaktivität wieder herzustellen.

### **Intubation**

Einführen eines Schlauches über Mund oder Nase zur Sicherung der Atemwege.

# Betreuung und Begleitung

## Einweisung in ein Akutspital

*Bei einer unheilbaren Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium kann sich die Frage nach einer Einweisung ins Akutspital stellen. Dies kann ganz unterschiedliche Gründe haben, beispielsweise, weil sich der Patient im Spital sicherer fühlt, weil Komplikationen auftreten, weil die Angehörigen überfordert und ihre Kräfte begrenzt sind oder weil die Pflege zu Hause aus technischen Gründen nicht mehr möglich ist.*

- Sollte ich dauernd bettlägerig, auf fremde Hilfe angewiesen und nicht mehr ansprechbar sein, will ich keine Einweisung in ein Akutspital. Ich bin mir bewusst, dass diesem Wunsch nur entsprochen werden kann, wenn meine Grundbedürfnisse nach Pflege an dem Ort abgedeckt werden können, wo ich mich dann befinde.
- Sollte ich dauernd bettlägerig, auf fremde Hilfe angewiesen und nicht mehr ansprechbar sein, will ich nur in ein Akutspital eingewiesen werden, wenn einzig durch diese Massnahme Aussicht auf Verbesserung der Lebensqualität oder Linderung eines akuten Schmerzzustandes oder anderer schwerer Beschwerden besteht.
- Sollte ich dauernd bettlägerig, auf fremde Hilfe angewiesen und nicht mehr ansprechbar sein, so will ich in ein Akutspital\* eingewiesen werden.

\* Längere Aufenthalte im Akutspital sind nur möglich, wenn eine klare medizinische Indikation für die Angebote eines Akutspitales vorhanden ist. Ist diese nicht gegeben, wird der Patient in eine Langzeitinstitution verlegt.

Besondere Anordnungen

---

---

---

---

## Sterbeort

*Bei der Entscheidung über den Sterbeort ist das Gespräch mit den Angehörigen besonders wichtig. Angehörige sollten sagen können, was sie sich in dieser Situation zutrauen und was nicht. In der Broschüre «Krebs – wenn die Hoffnung auf Heilung schwindet» finden Sie weitere Informationen, die hilfreich sein könnten.*

- Ich möchte nach Möglichkeit zu Hause, in der mir vertrauten Umgebung (z.B. Pflegeheim) oder bei mir nahestehenden Menschen sterben können.
- Ich möchte lieber in einer Institution sterben können, die wenn möglich palliative Medizin, Pflege und Betreuung anbietet.

Besondere Anordnungen

---

---

---

## Begleitung

*Überlegen Sie sich, ob und durch wen Sie eine Betreuung/Sterbebegleitung wünschen. Besprechen Sie mit Ihren Angehörigen, ob sie unter Umständen um zusätzliche Unterstützung froh sind. Beachten Sie, dass in den Spitälern und Pflegeinstitutionen Seelsorgerinnen und Seelsorger zum Behandlungsteam gehören.*

- Ich wünsche – sowohl zu Hause als auch in einer Institution – durch meinen vertrauten Seelsorger, respektive meine Seelsorgerin betreut zu werden.

Vorname/Name

---

Adresse

---

Telefon/Mobile

---

E-Mail

---

Evtl. Abmachungen

---

---

- Es kann auch ein anderer Seelsorger oder eine andere Seelsorgerin sein.  
(z. B. Seelsorger/Seelsorgerin der Institution).
- Ich will keine religiöse Betreuung und keinen Besuch durch einen Seelsorger  
oder eine Seelsorgerin.
- Ich wünsche durch folgende mir nahestehende Person/Personen betreut  
zu werden.

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

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon /Mobile \_\_\_\_\_

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

Evtl. Abmachungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon /Mobile \_\_\_\_\_

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

Evtl. Abmachungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Religiöse Handlungen

- Es ist mir sehr wichtig, dass ich rechtzeitig die vorgesehenen Handlungen und Rituale meiner Konfession/Religion in Anspruch nehmen kann.

Es sind dies namentlich:

---

---

---

---

---

Meine Konfession/Religion ist:

---

Über die Rituale Auskunft geben/sie umsetzen kann:

---

Vorname/Name

---

Adresse

---

Telefon/Mobile

---

E-Mail

---

# Nach meinem Tod

## Medizinische Forschung

### Biobank

Während eines Spitalaufenthalts werden häufig Flüssigkeiten (Blut, Harn oder andere Körperflüssigkeiten), Zellen oder Gewebeproben entnommen und untersucht. Oft werden nicht die gesamten Proben für die Diagnose und Therapie benötigt. Dieses Material, zusammen mit den Daten zu Ihrer Person (z. B. Alter, Geschlecht, Krankheiten etc.), ist sehr wertvoll für die biomedizinische Forschung. Damit können Ursachen und Erkennung von Krankheiten weiter untersucht und die Behandlung verbessert werden. Ihre Proben und anonymisierten Daten dürfen nur mit Ihrer Einwilligung für die Forschung verwendet werden.

Bei der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften kann eine entsprechende Informationsbroschüre bestellt werden.

- Ich möchte nicht, dass Flüssigkeiten, Zellen oder Gewebeproben von mir für die biomedizinische Forschung im onkologischen Bereich verwendet werden.
- Ich willige ein, dass Flüssigkeiten, Zellen oder Gewebeproben von mir für die biomedizinische Forschung im onkologischen Bereich verwendet werden. Diese Einwilligung erlischt mit meinem Tod.
- Ich willige ein, dass Flüssigkeiten, Zellen oder Gewebeproben von mir für die biomedizinische Forschung im onkologischen Bereich verwendet werden und bin einverstanden, dass diese Einwilligung auch über meinen Tod hinaus gilt.

### Medizinische Forschung

- Variante A  
Ich bin nicht bereit, an Forschungsprojekten teilzunehmen, wenn ich nicht mehr urteilsfähig bin.
- Variante B  
Ich bin bereit, wenn ich nicht mehr urteilsfähig bin, an Forschungsprojekten im Zusammenhang mit meiner Erkrankung teilzunehmen, sofern diese nicht an urteilsfähigen Menschen durchgeführt werden können. Die Risiken und Belastungen müssen minimal sein.

Besondere Anordnungen

---

---

---

## Verfügung über meinen Körper

Sollten Sie an Krebs erkrankt sein und eine Organspende in Betracht ziehen, wird ein Spezialist im Bedarfsfall individuell entscheiden, ob ein Organ für eine Transplantation in Frage kommt. Dabei wird unter anderem berücksichtigt, um was für einen Krebs es sich gehandelt hat und wie lange die Erkrankung zurückliegt.

Besprechen Sie Fragen rund um eine Organspende auch mit Ihren Angehörigen. Die Behandlung eines Organspenders und die Durchführung von organerhaltenden medizinischen Massnahmen bis zur Entnahme der Organe können belastend für sie sein. Detaillierte Informationen zur Organspende erhalten Sie bei Swisstransplant. Die Adresse finden Sie im Anhang auf Seite 34.

### Organ-, Gewebe- und Zellspende

- Ich will keine Organe, Gewebe oder Zellen spenden.
- Ich spende nach meinem Tod ohne Einschränkung Organe, Gewebe oder Zellen.
- Ich spende nach meinem Tod die folgenden Organe, Gewebe oder Zellen (Zutreffendes habe ich angekreuzt):
  - Herz
  - Lungen
  - Leber
  - Nieren
  - Dünndarm
  - Bauchspeicheldrüse
  - Augenhornhaut
  - Haut
  - Leber- oder Knorpelzellen

### Autopsie/Obduktion

Bei einer Autopsie (auch Obduktion genannt) wird der Körper nach dem Tod geöffnet und untersucht, um die Todesursache festzustellen.

Bei einem aussergewöhnlichen\* Todesfall wird aus rechtlichen Gründen eine Autopsie zwingend durchgeführt, auch wenn keine gewünscht wird.

\* Aussergewöhnlich meint: unklarer oder gewaltsamer Todesfall, Suizid oder assistierter Suizid.

- Ich will keine Autopsie.
- Eine Autopsie soll nur im Fall eines unerwarteten (aber nicht aussergewöhnlichen) Todes erfolgen.
- Die Todesursache soll in jedem Falle mittels Autopsie festgestellt werden. Ohne äusseren Anlass muss die Autopsie selbst bezahlt werden.
- Für die Zwecke der Lehre und/oder Forschung darf eine Autopsie durchgeführt werden.

### **Körperspende an ein anatomisches Institut**

Ich stelle meinen Körper nach meinem Tod für medizinische Forschung zur Verfügung:

- gar nicht
- uneingeschränkt
- nur in Bezug auf meine Krankheit

Ich habe dazu bei der folgenden Universität ein Formular «Letztwillige Verfügung zur Körperspende» ausgefüllt.

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adressen der anatomischen Institute finden Sie im Anhang auf Seite 34.

## Einsichtnahme in meine Patientendokumentation

- Ich gestatte niemandem Einblick in die Patientendokumentation und in den Obduktionsbefund, ausser wenn es rechtlich vorgegebene Gründe gibt.

Folgende Personen können nach meinem Tod Einblick in meine Patientendokumentation nehmen:

- Einblick nur in den Obduktionsbefund (falls vorhanden), nicht aber in die Patientendokumentation:

Vorname/Name

---

Adresse

---

Vorname/Name

---

Adresse

---

- vollumfänglichen Einblick (Patientendokumentation und Obduktionsbefund):

Vorname/Name

---

Adresse

---

Vorname/Name

---

Adresse

---

Meine Patientendokumentation darf für Forschungszwecke verwendet werden:

- ja (unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen)  
 nein

# Bestattung und Abdankung

## Art der Bestattung

Ich wünsche

Kremation       Erdbestattung

Ich habe eine Vereinbarung mit folgendem Bestattungsinstitut:

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

## Abdankung

Ich wünsche

keine Abdankung

folgende Gestaltung:  
*z.B. Musikwünsche; Texte zum Vorlesen, Lebenslauf etc.*

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

Andere Wünsche

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

## Beisetzung

Ich wünsche

- ein konventionelles Grab
- ein Gemeinschaftsgrab
- ein Familiengrab
- an folgendem Ort begraben zu werden:  
*z. B. spezieller Friedhof, Ortschaft*

---

---

---

---

---

- kein Grab
- eine andere Art der Beisetzung:  
*z. B. Asche aufbewahren, verstreuen etc.*

---

---

## Weitere Wünsche

---

---

---

---

---



# 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 einmal nicht mehr in der Lage sein sollte, Entscheidungen über meine medizinische Behandlung zu treffen und meinen Willen mitzuteilen.

Ich bin darüber informiert, dass die Erstellung einer Patientenverfügung freiwillig ist und dass ich diese jederzeit abändern oder widerrufen kann, solange ich urteilsfähig bin.

Ort/Datum

---

Unterschrift

---

---

*Damit die Patientenverfügung rechtsgültig ist, muss sie von Hand datiert und unterschrieben sein. Sollten Sie dazu nicht in der Lage sein, muss die Patientenverfügung notariell beglaubigt werden.*

*Stellen Sie sicher, dass Ihre vertretungsberechtigte Person sowie deren Stellvertretung im Besitz einer aktuellen Version Ihrer Patientenverfügung sind. Falls Sie keine vertretungsberechtigte Person ernannt haben, hat der auf Seite 8 aufgeführte Personenkreis automatisch das Recht, stellvertretend für Sie zu entscheiden. Auch diese Personen müssen Zugang zu Ihrer aktuellen Verfügung haben.*

Folgende Personen haben eine aktuelle Version meiner Patientenverfügung erhalten:

Vorname/Name

---

Telefon

---

Vorname/Name

---

Telefon

---

Vorname/Name

---

Telefon

---

# Aktualisierungen

*Wir empfehlen Ihnen, die Patientenverfügung regelmässig, zum Beispiel alle zwei Jahre oder wenn sich Ihre Krankheits- oder Lebenssituation ändert, zu überprüfen, eventuell anzupassen, neu zu datieren und zu unterschreiben.*

*Regelmässige Aktualisierungen sind wichtig. So kommt kein Zweifel auf, ob sich Ihr Wille in der Zwischenzeit geändert haben könnte.*

**Diese Patientenverfügung entspricht meinem Willen.  
Ich bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Ort/Datum

---

Unterschrift

---

# Wichtige Dokumente und ihr Aufbewahrungsort

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

## Dokumente, die zu beachten sind:

### vor meinem Tod

### Aufbewahrungsort

Vorsorgeauftrag\*

\_\_\_\_\_

\* Damit sich im Falle meiner Urteilsunfähigkeit jemand um meine finanziellen und rechtlichen Verpflichtungen kümmern kann, habe ich einen Vorsorgeauftrag erstellt.

Organspendeausweis

\_\_\_\_\_

### vor meinem Tod

### Aufbewahrungsort

Todesanzeige  
z. B. Spenden anstelle  
von Blumen gehen an  
Organisationen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Liste der Zeitungen für  
meine Todesanzeige

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versandliste Leidzirkular

\_\_\_\_\_

Lebenslauf

\_\_\_\_\_

Testament

\_\_\_\_\_

Bank/Postkonti

\_\_\_\_\_

Geschäftliches

\_\_\_\_\_

Versicherungen

\_\_\_\_\_

Vermieter

\_\_\_\_\_

Anderes

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Anhang

## Broschüren der Krebsliga

- **Selbstbestimmt bis zuletzt – aber wie?**  
Wegleiter zum Erstellen einer Patientenverfügung
- **Krebs – wenn die Hoffnung auf Heilung schwindet**  
Wegleiter durch das Angebot von Palliative Care
- **Schmerzen bei Krebs und ihre Behandlung**
- **Ernährungsprobleme bei Krebs**
- **Krebs trifft auch die Nächsten**  
Ratgeber für Angehörige und Freunde
- **Testamentratgeber**  
Ein Ratgeber mit Tipps zum Erstellen eines Testaments

### Bestellmöglichkeiten

- Krebsliga Ihres Kantons
- Telefon 0844 85 00 00
- [shop@krebisliga.ch](mailto:shop@krebisliga.ch)
- [www.krebisliga.ch/broschueren](http://www.krebisliga.ch/broschueren)

Auf [www.krebisliga.ch/broschueren](http://www.krebisliga.ch/broschueren) finden Sie diese und weitere bei der Krebsliga erhältliche Broschüren. Die meisten Publikationen sind kostenlos und stehen auch als Download zur Verfügung. Sie werden Ihnen von der Krebsliga Schweiz und Ihrer kantonalen Krebsliga offeriert. Das ist nur möglich dank unseren Spenderinnen und Spendern.

## Adressen

(thematisch)

### Versichertenkarte

[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Schnellzugriff Themen → Krankenversicherung → *(in der Spalte ganz rechts)* Versichertenkarte

### Organspende

#### [www.swisstransplant.org](http://www.swisstransplant.org)

Website der Schweizerischen Stiftung für Organspende und Transplantation mit Informationen zum Organspendeausweis.  
Swisstransplant  
Effingerstrasse 1, Postfach, 3011 Bern  
Tel. 058 123 80 00, Fax 058 123 80 01  
[info@swisstransplant.org](mailto:info@swisstransplant.org)

### Biobanking

#### [www.swissbiobanking.ch](http://www.swissbiobanking.ch)

Englischsprachige Informationsseite der Swiss Biobanking Platform.  
Av. Pierre-Decker 2, 1011 Lausanne  
Tel. 021 314 46 91  
[info@swissbiobanking.ch](mailto:info@swissbiobanking.ch)

[www.samw.ch](http://www.samw.ch) → Schnellzugriff → Medizinisch-ethische Richtlinien

Die aktuell gültigen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften «Biobanken: Gewinnung, Aufbewahrung und Nutzung von menschlichem biologischem Material», 2006.

### Körperspende

Anatomische Institute  
Universität Basel  
Pestalozzistrasse 20, 4056 Basel  
Tel. 061 267 39 20/21, [www.anatomie.unibas.ch](http://www.anatomie.unibas.ch)

Institut für Anatomie  
Universität Bern  
Baltzerstrasse 2, 3000 Bern 9  
Tel. 031 631 84 33, [www.ana.unibe.ch](http://www.ana.unibe.ch)

Universität Zürich  
Anatomisches Institut  
Winterthurerstrasse 190, 8057 Zürich  
Tel. 044 635 53 11, [www.anatom.unizh.ch](http://www.anatom.unizh.ch)

Université de Fribourg  
Département Médecine, Anatomie  
Rte Albert-Gockel 1, 1700 Fribourg  
Tél. 026 300 85 40, [www.unifr.ch/anatomy](http://www.unifr.ch/anatomy)

Université de Genève  
Division d'anatomie, Faculté de Médecine  
1, rue Michel-Servet, 1211 Genève 4  
Tél. 022 379 52 12

Université de Lausanne  
Département de biologie cellulaire et de morphologie  
Rue du Bugnon 9, 1005 Lausanne  
Tél. 021 692 51 00

## Quellen

Die in dieser Broschüre erwähnten Publikationen und Websites dienen der Krebsliga unter anderem auch als Quellen. Sie entsprechen im Wesentlichen den Qualitätskriterien der Health On the Net Foundation, dem sogenannten HonCode (siehe [www.hon.ch/HONcode/German](http://www.hon.ch/HONcode/German)).

# Unterstützung und Beratung – die Krebsliga in Ihrer Region

## **Krebsliga Aargau**

Kasernenstrasse 25  
Postfach 3225  
5001 Aarau  
Tel. 062 834 75 75  
Fax 062 834 75 76  
admin@krebssliga-aargau.ch  
www.krebssliga-aargau.ch  
PK 50-12121-7

## **Krebsliga beider Basel**

Mittlere Strasse 35  
4056 Basel  
Tel. 061 319 99 88  
Fax 061 319 99 89  
info@klbb.ch  
www.klbb.ch  
PK 40-28150-6

## **Bernische Krebsliga**

**Ligue bernoise  
contre le cancer**  
Marktgasse 55  
Postfach  
3001 Bern  
Tel. 031 313 24 24  
Fax 031 313 24 20  
info@bernischekrebssliga.ch  
www.bernischekrebssliga.ch  
PK 30-22695-4

## **Ligue fribourgeoise**

**contre le cancer**  
**Krebsliga Freiburg**  
route St-Nicolas-de-Flüe 2  
case postale 96  
1705 Fribourg  
tél. 026 426 02 90  
fax 026 426 02 88  
info@liguecancer-fr.ch  
www.liguecancer-fr.ch  
CP 17-6131-3

## **Ligue genevoise**

**contre le cancer**  
11, rue Leschot  
1205 Genève  
tél. 022 322 13 33  
fax 022 322 13 39  
ligue.cancer@mediane.ch  
www.lgc.ch  
CP 12-380-8

## **Krebsliga Graubünden**

Ottoplatz 1  
Postfach 368  
7001 Chur  
Tel. 081 252 50 90  
Fax 081 253 76 08  
info@krebssliga-gr.ch  
www.krebssliga-gr.ch  
PK 70-1442-0

## **Ligue jurassienne contre le cancer**

rue des Moulins 12  
2800 Delémont  
tél. 032 422 20 30  
fax 032 422 26 10  
ligue.ju.cancer@bluewin.ch  
www.liguecancer-ju.ch  
CP 25-7881-3

## **Ligue neuchâteloise contre le cancer**

faubourg du Lac 17  
2000 Neuchâtel  
tél. 032 721 23 25  
LNCC@ne.ch  
www.liguecancer-ne.ch  
CP 20-6717-9

## **Krebsliga Ostschweiz**

Flurhofstrasse 7  
9000 St. Gallen  
Tel. 071 242 70 00  
Fax 071 242 70 30  
info@krebssliga-ostschweiz.ch  
www.krebssliga-ostschweiz.ch  
PK 90-15390-1

## **Krebsliga Schaffhausen**

Rheinstrasse 17  
8200 Schaffhausen  
Tel. 052 741 45 45  
Fax 052 741 45 57  
info@krebssliga-sh.ch  
www.krebssliga-sh.ch  
PK 82-3096-2

## **Krebsliga Solothurn**

Hauptbahnhofstrasse 12  
4500 Solothurn  
Tel. 032 628 68 10  
Fax 032 628 68 11  
info@krebssliga-so.ch  
www.krebssliga-so.ch  
PK 45-1044-7

## **Thurgauische Krebsliga**

Bahnhofstrasse 5  
8570 Weinfelden  
Tel. 071 626 70 00  
Fax 071 626 70 01  
info@tgkl.ch  
www.tgkl.ch  
PK 85-4796-4

## **Lega ticinese contro il cancro**

Piazza Nosetto 3  
6500 Bellinzona  
Tel. 091 820 64 20  
Fax 091 820 64 60  
info@legacancro-ti.ch  
www.legacancro-ti.ch  
CP 65-126-6

## **Ligue vaudoise contre le cancer**

place Pépinet 1  
1003 Lausanne  
tél. 021 623 11 11  
fax 021 623 11 10  
info@lvc.ch  
www.lvc.ch  
CP 10-22260-0

## **Ligue valaisanne contre le cancer**

**Krebsliga Wallis**  
Siège central:  
rue de la Dixence 19  
1950 Sion  
tél. 027 322 99 74  
fax 027 322 99 75  
info@lvcc.ch  
www.lvcc.ch  
Beratungsbüro:  
Spitalzentrum Oberwallis  
Überlandstrasse 14  
3900 Brig  
Tel. 027 604 35 41  
Mobile 079 644 80 18  
info@krebssliga-wallis.ch  
www.krebssliga-wallis.ch  
CP/PK 19-340-2

## **Krebsliga Zentralschweiz**

Löwenstrasse 3  
6004 Luzern  
Tel. 041 210 25 50  
Fax 041 210 26 50  
info@krebssliga.info  
www.krebssliga.info  
PK 60-13232-5

## **Krebsliga Zug**

Alpenstrasse 14  
6300 Zug  
Tel. 041 720 20 45  
Fax 041 720 20 46  
info@krebssliga-zug.ch  
www.krebssliga-zug.ch  
PK 80-56342-6

## **Krebsliga Zürich**

Freiestrasse 71  
8032 Zürich  
Tel. 044 388 55 00  
Fax 044 388 55 11  
info@krebssligazuerich.ch  
www.krebssligazuerich.ch  
PK 80-868-5

## **Krebshilfe Liechtenstein**

Im Malarsch 4  
FL-9494 Schaan  
Tel. 00423 233 18 45  
Fax 00423 233 18 55  
admin@krebshilfe.li  
www.krebshilfe.li  
PK 90-3253-1

## **Krebsliga Schweiz**

Effingerstrasse 40  
Postfach  
3001 Bern  
Tel. 031 389 91 00  
Fax 031 389 91 60  
info@krebssliga.ch  
www.krebssliga.ch  
PK 30-4843-9

## **Broschüren**

Tel. 0844 85 00 00  
shop@krebssliga.ch  
www.krebssliga.ch/  
broschueren

## **Krebsforum**

www.krebsforum.ch,  
das Internetforum  
der Krebsliga

## **Cancerline**

www.krebssliga.ch/  
cancerline, der Chat  
für Kinder, Jugendliche  
und Erwachsene  
zu Krebs  
Mo–Fr 11–16 Uhr

## **Skype**

krebstelefon.ch  
Mo–Fr 11–16 Uhr

**Ihre Spende freut uns.**

## **Spendenkonto**

**30-4843-9**

## **Krebstelefon 0800 11 88 11**

Montag bis Freitag  
9–19 Uhr  
Anruf kostenlos  
helpline@krebssliga.ch

Ihre Krebsliga