



# Patientenverfügung

## HumanDokument

Mein rechtsverbindlicher Wille und meine Wünsche im Hinblick auf medizinische Behandlung, Betreuung, Sterben und Tod

erstellt von:

.....

Vorname, Name



## **Herausgeber**

Dialog Ethik  
Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen  
Schaffhauserstrasse 418  
CH-8050 Zürich  
Tel. 044 252 42 01  
Fax 044 252 42 13  
info@dialog-ethik.ch  
www.dialog-ethik.ch

## **Autorinnen und Autoren**

Lic. phil. Patrizia Kalbermatten-Casarotti, MAS, wissenschaftliche Mitarbeiterin Patientenverfügung,  
Institut Dialog Ethik, Zürich  
Lic. phil. Daniela Ritzenthaler-Spielmann, wissenschaftliche Mitarbeiterin Patientenverfügung,  
Institut Dialog Ethik, Zürich  
PD Dr. med. Christoph Cottier, ehem. Chefarzt Regionalspital Emmental, Burgdorf  
Hildegard Huber, MAS, Pflegeexpertin Spital Uster  
Dr. oec. HSG Markus Breuer, Leiter Fachbereich Bildung, Institut Dialog Ethik, Zürich  
Dr. med. Franz Michel, FMH Innere Medizin, spez. Pneumologie, Schweizer Paraplegiker-Zentrum, Nottwil  
Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle, Leiterin Institut Dialog Ethik, Zürich

## **Fachlektorat**

Pfr. Ulrich Bosshard, Leitung Abteilung Seelsorge, Evangelisch-reformierte Landeskirche des Kantons Zürich  
Anja Bremi, Schweizerischer Verband für Seniorenfragen, Reinach  
Lic. iur. Jürg Gassmann, Rechtsanwalt, Winterthur  
Prof. Dr. med. Andreas U. Gerber, MAS, ehem. Chefarzt für Innere Medizin Spitalzentrum Biel/Bienne,  
Einzelmitglied der SAMW, Burgdorf  
Pfr. Dieter Graf, Leitender Pfarrer Seelsorgebereich am Universitätsspital Zürich  
Pfrn. Daniela Jerusalem-Stucki, Leitende Pfarrerin Seelsorgebereich Pflegezentren, Evangelisch-reformierte  
Landeskirche des Kantons Zürich  
Dr. med. Bruno Regli, stellvertretender Chefarzt an der Universitätsklinik für Intensivmedizin, Inselspital Bern  
Prof. Dr. med. Reto Stocker, Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Leiter Institut für Anästhesiologie und  
Intensivmedizin, Klinik Hirslanden, Zürich

© Dialog Ethik, Version Oktober 2012

Die deutsche Fassung ist die Stammversion.

Die Patientenverfügung verwendet aus Lesefreundlichkeit jeweils nur ein Geschlecht.  
Steht «der Patient», ist die Patientin immer mitgemeint.

# Inhalt

1. Personalien .....	7
2. Persönliche Gründe für die Erstellung der Patientenverfügung .....	7
2.1 Bestehende Erkrankungen .....	7
2.2 Ziel der medizinischen Behandlung und Betreuung .....	8
3. Vertretungsberechtigte Personen .....	9
4. Unerwünschte Personen .....	11
<b>5. Medizinische Anordnungen .....</b>	<b>12</b>
<b>5.1 Lebenserhaltende Massnahmen .....</b>	<b>12</b>
<b>5.2 Reanimationsmassnahmen in einem Spital oder Heim .....</b>	<b>14</b>
<b>5.3 Künstliche Beatmung .....</b>	<b>15</b>
<b>5.4 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr .....</b>	<b>16</b>
<b>5.5 Linderung von Schmerzen und Unruhe.....</b>	<b>17</b>
<b>5.6 Einweisung in ein Spital bei schwerer Pflegebedürftigkeit .....</b>	<b>18</b>
6. Seelsorgerische Betreuung und Sterbebegleitung .....	19
6.1 Seelsorgerische Betreuung während eines Spital- oder Heimaufenthalts .....	19
6.2 Sterbebegleitung .....	20
6.3 Religiöse Handlungen kurz vor oder nach dem Tod .....	21
7. Sterbeort .....	21
8. Spende von Organen, Geweben und Zellen .....	22
8.1 Organspende bei Tod infolge einer Schädigung des Hirns .....	22
8.2 Organspende bei Tod nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand .....	22
9. Wünsche nach meinem Tod .....	23
9.1 Autopsie .....	23
9.2 Körperspende an ein anatomisches Institut .....	23
9.3 Einsichtnahme in die Patientendokumentation nach meinem Tod .....	23
9.4 Verwendung meiner Patientendokumentation für Forschungszwecke .....	24
9.5 Bestattung .....	24
10. Datierung und Unterzeichnung .....	25
Aktualisierung der Patientenverfügung .....	26
Anhang: Adressen .....	27

## Wichtiger Hinweis

Die zu dieser Patientenverfügung gehörende Wegleitung enthält wichtige Informationen für mögliche Anwendungssituationen und wie das Dokument ausgefüllt werden kann. Bleiben dennoch Fragen offen, steht Dialog Ethik Ihnen – und im Anwendungsfall auch dem Behandlungsteam und den vertretungsberechtigten Personen – unter der Telefonnummer 0900 418 814\* zur Verfügung. Weitere Informationen zum Beratungsangebot finden Sie auf Seite 27 in der Wegleitung zu dieser Patientenverfügung sowie unter [www.dialog-ethik.ch](http://www.dialog-ethik.ch).

\* Dialog Ethik ist eine gemeinnützige, nicht gewinnorientierte Organisation. Zur Deckung der Unkosten wird für die Benützung dieser Dienstleistung ein Betrag von 2 CHF/Minute ab Festnetz belastet.

## Leitgedanken dieser Patientenverfügung

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

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



# 1. Personalien

Vorname	Name
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Tel. Privat	Handy
Tel. Geschäft	E-Mail
Geburtsdatum	Bürgerort / Kanton
Religion / Konfession	

## 2. Persönliche Gründe für die Erstellung der Patientenverfügung

Wegleitung  
Seite 7

### 2.1 Bestehende Erkrankungen

- Zum Zeitpunkt der Erstellung bzw. der Überarbeitung dieser Patientenverfügung liegt keine bestimmte Erkrankung vor. Ich möchte jedoch 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:

---

---

---

---

---

---

---

---

## 2.2 Ziel der medizinischen Behandlung und Betreuung

Mit folgenden Einschränkungen kann ich mir vorstellen zu leben:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

In folgenden Situationen wünsche ich, dass die medizinischen Massnahmen nicht mehr primär der Lebenserhaltung, sondern der bestmöglichen Beschwerdelinderung dienen sollen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 3. Vertretungsberechtigte Personen

Gemäss Art. 378 ZGB sind folgende Personen der Reihe nach berechtigt, einen urteilsunfähigen Patienten bei einem Entscheid über medizinische Massnahmen zu vertreten:

- die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person;
- der Beistand mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen;
- wer als Ehegatte oder eingetragener Partner einen gemeinsamen Haushalt mit der urteilsunfähigen Person führt oder ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet;
- die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt;\*
- die Nachkommen;\*
- die Eltern;\*
- die Geschwister.\*

\* Wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leistet resp. leisten.

Im Sinne der obenerwähnten Regelung **ernenne ich als meine vertretungsberechtigte Person:**

Vorname	Name
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Tel. Privat	Handy
Tel. Geschäft	E-Mail
Geburtsdatum	Bürgerort / Kanton
Art der Beziehung	

Meine vertretungsberechtigte Person trifft im Fall meiner Urteilsunfähigkeit stellvertretend für mich medizinische und pflegerische Entscheide. Sie:

- erhält Informationen über meinen gesundheitlichen Zustand und über die Prognose zum weiteren Verlauf der Erkrankung,
- wird bei der Erstellung des Behandlungs- und Betreuungsplans beigezogen,
- setzt meinen in dieser Patientenverfügung festgelegten Willen durch,

- ist berechtigt, mich zu vertreten und für die vorgesehenen medizinischen Massnahmen die Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern. In medizinischen und pflegerischen Fragen, die diese Patientenverfügung nicht abdeckt, entscheidet meine vertretungs-berechtigte Person an meiner Stelle im Sinne meiner Patientenverfügung und gemäss meines mutmasslichen Willens (Art. 378 Abs. 3 ZGB),
- ist befugt, über die Zustimmung zu einer allfälligen Entnahme von Organen, Geweben oder Zellen zu entscheiden, unter Vorbehalt meiner Anordnungen unter Kapitel 8, Seite 22 dieser Patientenverfügung.

**Kann meine obengenannte vertretungsberechtigte Person ihre Funktion nicht ausüben, sind folgende Personen der Reihe nach berechtigt, ihre Rolle zu übernehmen:**

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

\_\_\_\_\_  
Strasse / Nr. PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Tel. Privat Handy

\_\_\_\_\_  
Tel. Geschäft E-Mail

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum Bürgerort / Kanton

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

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

\_\_\_\_\_  
Strasse / Nr. PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Tel. Privat Handy

\_\_\_\_\_  
Tel. Geschäft E-Mail

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum Bürgerort / Kanton

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

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

- Ich habe keine vertretungsberechtigte Person bezeichnet und möchte, dass meine Angehörigen dieses Recht ausüben (wie im Gesetz vorgesehen – Art. 378 ZGB).
- 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.

#### 4. Unerwünschte Personen

- Ich möchte, dass folgende Personen mich weder besuchen noch Informationen über meinen gesundheitlichen Zustand erhalten oder auf irgendeine Weise Einfluss nehmen dürfen:

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

\_\_\_\_\_  
 Strasse / Nr. PLZ / Ort

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

\_\_\_\_\_  
 Bemerkungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
 Strasse / Nr. PLZ / Ort

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

\_\_\_\_\_  
 Bemerkungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 5. Medizinische Anordnungen

### 5.1 Lebenserhaltende Massnahmen

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):

	<b>... lebenserhaltende Massnahmen (inkl. Reanimationsversuche) unterlassen werden</b> und stattdessen eine Behandlung nach den Erkenntnissen der modernen Palliative Care umgesetzt wird.	<b>... lebenserhaltende Massnahmen im Rahmen des Behandlungsplans ausgeschöpft werden</b> , um mich am Leben zu erhalten.
<b>Bei andauerndem Verlust der Kommunikationsfähigkeiten</b> (durch Unfall oder Krankheit – z. B. Hirnschlag) und bei nur ganz geringer Aussicht, mit anderen Menschen je wieder eine Beziehung haben zu können, möchte ich (selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist), dass ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bei intensivmedizinischer Betreuung mit schlechter Langzeitperspektive</b> möchte ich (auch dann, wenn eine kurzzeitige Besserung möglich ist), dass ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Im Verlauf einer fortschreitenden, unheilbaren Erkrankung</b> (z. B. Krebs, Demenz), <b>bei der ich mit schweren körperlichen und/oder geistigen Einschränkungen rechnen muss</b> , möchte ich (selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist), dass ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Im Endstadium einer unheilbaren tödlich verlaufenden Erkrankung</b> möchte ich (selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist), dass ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>In unmittelbarer Todesnähe, wenn es absehbar ist, dass der Tod eintritt</b> , möchte ich dass ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 5.2 Reanimationsmassnahmen in einem Spital oder Heim

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

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

	... <b>keine Reanimationsmassnahmen</b> bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand.	... <b>die Einleitung von Reanimationsmassnahmen</b> bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand im Rahmen des Behandlungsplans.
<b>Bei unheilbarer, fortschreitender Krankheit, die sich auch über Monate oder Jahre erstrecken kann, möchte ich ...</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Anordnungen:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

### 5.3 Künstliche Beatmung

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

	<b>... keine maschinelle Atemunterstützung.</b> Atemnot soll stattdessen mit optimalen palliativen Massnahmen (Gabe von Medikamenten und Sauerstoff) wirksam bekämpft werden.	<b>... die Anwendung maschineller Atemunterstützung</b> mittels einer Maske, Intubation oder eines Luftröhrenschnittes im Rahmen des Behandlungsplans.
<b>Bei chronischer, unheilbarer, fortschreitender Erkrankung</b> (z. B. neuromuskulärer oder muskulärer Erkrankung mit Abnahme der Kraft zum Atmen – ALS, Multiple Sklerose, Morbus Duchenne –, Krebs, fortgeschrittener chronischer Atemwegserkrankung – COPD) möchte ich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Im Endstadium einer unheilbaren tödlich verlaufenden Erkrankung</b> (selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist) möchte ich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Anordnungen:

---



---



---



---



---

## 5.4 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:

	<b>... weder eine künstliche Ernährung noch eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.</b> Mir ist klar, dass dadurch mein Leben verkürzt werden kann. Das Stillen von Hunger und Durst soll durch optimale palliativmedizinische und pflegerische Massnahmen erfolgen.	<b>... den Einsatz künstlicher Ernährung und künstlicher Flüssigkeitszufuhr</b> im Rahmen des Behandlungsplans.
<b>Bei andauerndem Verlust der Kommunikationsfähigkeiten</b> (durch Unfall oder Krankheit – z. B. Hirnschlag) und bei nur ganz geringer Aussicht, mit anderen Menschen je wieder eine Beziehung haben zu können, möchte ich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Erkrankung</b> möchte ich (selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bei irreversibler Altersschwäche oder fortgeschrittener Demenzerkrankung, bei der ich bettlägerig bin und ich mich nicht mehr mitteilen kann,</b> möchte ich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Anordnungen:

---



---



---



## 5.6 Einweisung in ein Spital bei schwerer Pflegebedürftigkeit

	... keine Einweisung in ein Spital. Dies bedingt, dass meine Grundbedürfnisse nach Pflege am aktuellen Ort abgedeckt werden können.	... eine Einweisung in ein Spital nur dann, wenn durch diese Massnahme Aussicht auf <b>Verbesserung der Lebensqualität oder Linderung eines akuten Schmerzzustandes oder anderer schwerer Beschwerden besteht.</b>	... eine Einweisung in ein Spital.
Wenn ich unheilbar krank und/oder irreversibel altersschwach, dauernd bettlägerig, auf fremde Hilfe angewiesen und nicht mehr urteilsfähig bin, möchte ich bei Verschlechterung meines gesundheitlichen Zustandes ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Anordnungen:

---



---



---



---



---



---



---



---

## 6. Seelsorgerische Betreuung und Sterbebegleitung

### 6.1 Seelsorgerische Betreuung während eines Spital- oder Heimaufenthalts

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

---

Vorname

Name

---

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

---

Tel. Privat

Handy

---

Tel. Geschäft

E-Mail

Eventuelle Verabredungen:

---

---

---

- Ich habe keinen persönlichen Seelsorger und nehme den Dienst der Spital- oder Heimseelsorge gerne in Anspruch.
- Ich verzichte ausdrücklich darauf, den Dienst eines Seelsorgers in Anspruch zu nehmen.

## 6.2 Sterbebegleitung

- Wenn sich mein Leben seinem Ende nähert, wünsche ich von folgendem Seelsorger begleitet zu werden:

---

Vorname

Name

---

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

---

Tel. Privat

Handy

---

Tel. Geschäft

E-Mail

Eventuelle Verabredungen:

---

---

- Ich habe keinen persönlichen Seelsorger und nehme den Dienst der Spital- oder Heimseelsorge gerne in Anspruch.
- Ich verzichte ausdrücklich darauf, von einem Seelsorger begleitet zu werden.
- Statt einer religiösen Sterbebegleitung wünsche ich durch folgende mir nahestehende Person begleitet zu werden:

---

Vorname

Name

---

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

---

Tel. Privat

Handy

---

Tel. Geschäft

E-Mail

Eventuelle Verabredungen:

---

---

### 6.3 Religiöse Handlungen kurz vor oder nach dem Tod

- 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. Es sind dies:

---

---

---

---

- Ich wünsche keine religiösen Handlungen kurz vor oder nach meinem Tod.

### 7. Sterbeort

- Ich möchte nach Möglichkeit **zu Hause** respektive in der mir vertrauten Umgebung – z. B. im Pflegeheim, in dem ich lebe – sterben.
- Ich möchte **in einer Institution** sterben, in der wenn möglich palliativmedizinische Behandlung und Betreuung angeboten werden.

Besondere Anordnungen:

---

---

---

---

---

---

---

## 8. Spende von Organen, Geweben und Zellen

### 8.1 Organspende bei Tod infolge einer Schädigung des Hirns

- Wenn mein Tod aufgrund einer Schädigung des Hirns eingetreten ist, bin ich bereit folgende Organe, Gewebe und Zellen zu spenden (Zutreffendes habe ich angekreuzt):

- Herz       Lungen       Leber       Nieren
- Dünndarm       Bauchspeicheldrüse (Pankreas)
- Augenhornhaut (Cornea)       Haut       weitere Gewebe und Zellen

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

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

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

- Wenn mein Tod aufgrund eines Herz-Kreislauf-Stillstandes nach erfolgloser Reanimation oder nach dem Entscheid des Behandlungsteams, aussichtslos gewordene lebenserhaltende Massnahmen zu beenden, eingetreten ist, dürfen mir folgende Organe, Gewebe und Zellen entnommen werden (Zutreffendes habe ich angekreuzt):

- Herz       Lungen       Leber       Nieren
- Dünndarm       Bauchspeicheldrüse (Pankreas)
- Augenhornhaut (Cornea)       Haut       weitere Gewebe und Zellen

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

- Ich wünsche keine Entnahme zum Zweck der Organ-, Gewebe- und Zellspende bei Tod nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand.

## 9. Wünsche nach meinem Tod

### 9.1 Autopsie

- Ich möchte keine Autopsie.
- Für die Zwecke der Lehre und/oder Forschung darf eine Autopsie durchgeführt werden.

In einem so genannten aussergewöhnlichen Todesfall wird eine Obduktion aus rechtlichen Gründen zwingend durchgeführt (rechtsmedizinische Obduktion), auch wenn die verstorbene Person keine Autopsie wünscht.

### 9.2 Körperspende an ein anatomisches Institut

Ich stelle meinen Körper nach meinem Tod

- nicht für die medizinische Forschung zur Verfügung
- uneingeschränkt für die medizinische Forschung zur Verfügung und habe hierfür bei folgender Universität eine letztwillige Verfügung unterzeichnet:

\_\_\_\_\_  
Name der Universität:  
\_\_\_\_\_

### 9.3 Einsichtnahme in die Patientendokumentation nach meinem Tod

Folgende Personen dürfen Einblick in meine Patientendokumentation nehmen:

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Strasse / Nr.

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

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Strasse / Nr.

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

- Ich gestatte niemandem Einblick in meine Patientendokumentation.

## 9.4 Verwendung meiner Patientendokumentation für Forschungszwecke

Meine Patientendokumentation

- darf (unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen)
- darf nicht

für Forschungszwecke verwendet werden.

## 9.5 Bestattung

### Art der Bestattung

Ich wünsche

- Kremation
- Erdbestattung

### Grab

Ich wünsche

- ein konventionelles Reihengrab
- ein Familiengrab
- ein Gemeinschaftsgrab
- eine Urnennische
- an folgendem Ort begraben zu werden:

---

- kein Grab
- eine andere Art der Bestattung, nämlich:

---

## Abdankung

Ich wünsche

- keine Abdankung
- eine Abdankung mit folgender Gestaltung, nämlich:

---

---

Wegleitung  
Seite 23

## 10. 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, die Entscheidungen über meine medizinische Behandlung und Betreuung zu treffen und meinen diesbezüglichen Willen mitzuteilen. Damit nehme ich mein Recht wahr, meinen rechtsverbindlichen Willen an die Adresse der Ärzte, der Pflegefachpersonen sowie an vertretungsberechtigte Personen gemäss Art. 370 und 372 ZGB zu äussern.

Mir ist bewusst, dass bei einem Verzicht auf bestimmte medizinische und pflegerische Massnahmen mein Sterbeprozess beschleunigt werden könnte. Bei einem Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen gehe ich dennoch stets davon aus, nach den Grundsätzen der Palliative Care betreut und gepflegt zu werden (siehe z. B. [www.samw.ch.de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html](http://www.samw.ch.de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html)). Mir ist ebenfalls bewusst, dass ich nur solche medizinische und pflegerische Massnahmen einfordern kann, die nach den Regeln der medizinischen resp. der pflegerischen Kunst angemessen sind. Für eine liebevolle und sorgfältige Betreuung, in der ich als ganzer Mensch wahrgenommen werde, bin ich dem medizinischen und pflegerischen Personal dankbar.

- Die Anordnungen meiner Patientenverfügung gelten auch dann, wenn unvorhergesehene Vorkommnisse die Behandlung beeinträchtigt haben (wie z. B. bei einem Behandlungsfehler).

hier unterschreiben:

Ort / Datum:

Unterschrift:

### Wichtiger Hinweis

Sie haben die Möglichkeit, auf der Versichertenkarte digital speichern zu lassen, dass Sie eine Patientenverfügung erstellt haben und wo diese hinterlegt ist.

Die Erstellung einer Patientenverfügung ist freiwillig und Sie können Ihre Patientenverfügung jederzeit abändern oder widerrufen, solange Sie urteilsfähig sind.

## 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.

Diese Patientenverfügung entspricht immer noch meinem Willen. Dies bestätige ich mit meiner erneuten Unterschrift.

Ort/Datum:	Unterschrift:

## Dialog Ethik

Dialog Ethik ist eine unabhängige Non-Profit-Organisation. Das interdisziplinäre Team von Fachpersonen widmet sich der Frage nach dem bestmöglichen Handeln und Entscheiden im Gesundheits- und Sozialwesen. Spezialisiert ist das Institut auf den Wissenstransfer von der Wissenschaft in die Praxis und umgekehrt. Dialog Ethik unterstützt Fachpersonen, Patienten, Spitäler, Alters- und Pflegeheime und weitere Organisationen. Ausserdem fördert Dialog Ethik öffentliche Diskussionen und Debatten zu ethischen Fragen. Die Patientenverfügung ist ein Entscheidungsinstrument einerseits zum Wohle der Patienten und andererseits zur Entlastung der Angehörigen und des Personals.

Spenden: PC-Konto 85-291588-7, IBAN CH61 0070 0115 5001 9992 2

Dialog Ethik, Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen, Schaffhauserstrasse 418, 8050 Zürich, Tel. 044 252 42 01, Fax 044 252 42 13, [info@dialog-ethik.ch](mailto:info@dialog-ethik.ch), [www.dialog-ethik.ch](http://www.dialog-ethik.ch)

## Information und Beratung

Beratungstelefon: 0900 418 814 (CHF 2.-/Minute ab Festnetz)

Weitere Informationen zum Beratungsangebot finden Sie auf Seite 27 der Wegleitung zu dieser Patientenverfügung sowie unter [www.dialog-ethik.ch](http://www.dialog-ethik.ch)

## Schweizerische Herzstiftung

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in der Schweiz die häufigste Todesursache. Die Schweizerische Herzstiftung setzt sich dafür ein, dass bestehendes Leid gemildert und künftiges Leid verhindert werden kann. Neben Forschung, Aufklärung und Prävention sowie Beratung und Betreuung von Betroffenen gehört dazu auch das Bekenntnis zu einem humanen Sterben. Die Schweizerische Herzstiftung gibt gemeinsam mit Dialog Ethik die mit einem speziellen Passus zur Reanimation bei Herzstillstand erarbeitete Patientenverfügung heraus.

Spenden: PC-Konto 30-4356-3, IBAN CH21 0900 0000 3000 4356 3

Schweizerische Herzstiftung, Schwarztorstrasse 18, Postfach 368, 3000 Bern 14, Tel. 031 388 80 80, Fax 031 388 80 88, [info@swissheart.ch](mailto:info@swissheart.ch), [www.swissheart.ch](http://www.swissheart.ch)

## Schweizerischer Verband für Seniorenfragen

Dialog Ethik ist gut vernetzt mit anderen Organisationen. Die Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Verband für Seniorenfragen ist uns wichtig. Ältere Menschen stellen oft explizit ethische Fragen, die auch für junge Menschen bedeutsam sind. Dazu gehört die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben, zu welcher die Patientenverfügung anregen möchte.

Spenden: Bank Linth LLB AG, 8730 Uznach, PC 30-38170-0  
IBAN CH81 0873 1001 2904 6201 7

Schweizerischer Verband für Seniorenfragen, Geschäftsstelle, Postfach 46, 4153 Reinach, Tel. 061 713 04 22, Fax 061 713 04 21, [info@seniorenfragen.ch](mailto:info@seniorenfragen.ch), [www.seniorenfragen.ch](http://www.seniorenfragen.ch)



[www.dialog-ethik.ch](http://www.dialog-ethik.ch)

