

# Patientenvollmacht

## zur Vertretung bei medizinischen und pflegerischen Massnahmen

Dieser Auftrag erwächst aus dem Vertrauensverhältnis  
zwischen mir und meiner Vertretung.

### 1. Verfügende und vertretungsberechtigte Person

Wegleitung  
Seite 15

Ich,

Vorname

Name

Geburtsdatum

Bürgerort / Kanton

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Mobiltelefon

erkenne folgende **vertretungsberechtigte Person** (nachfolgend «Vertretung» genannt), die im Falle meiner Urteilsunfähigkeit mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt die medizinischen Massnahmen besprechen und in meinem Namen entscheiden soll:

Vorname

Name

Geburtsdatum

Bürgerort / Kanton

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Mobiltelefon

Für den Fall, dass meine Vertretung ihre Funktion nicht ausüben kann, ernenne ich folgende vertretungsberechtigte **Ersatzperson**:

Vorname		Name	
Geburtsdatum		Bürgerort / Kanton	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	
Telefon Privat	Telefon Geschäft	Mobiltelefon	

## 2. Nahe stehende Personen



Ich bitte meine Vertretung, folgende Personen über meine Situation zu informieren:

Vorname und Name	Art der Beziehung	Kontaktangaben
Vorname und Name	Art der Beziehung	Kontaktangaben
Vorname und Name	Art der Beziehung	Kontaktangaben
Vorname und Name	Art der Beziehung	Kontaktangaben

## 3. Anhaltspunkte zu meinen Einstellungen



- Ich möchte hierzu keine Angaben machen.
- Ich möchte meiner Vertretung die nachfolgenden Anhaltspunkte zu meinen persönlichen Einstellungen und Werten geben. Ich ermächtige meine Vertretung, diese Angaben situationsabhängig zu interpretieren.

	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angaben
<b>Schwere Erkrankung</b> Wenn ich unheilbar krank bin, soll der natürliche Verlauf der Erkrankung respektiert und nicht alles medizinisch Machbare unternommen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Verlust geistiger Fähigkeiten</b> Wenn ich dauerhaft ... <ul style="list-style-type: none"> <li>- meine geistigen Fähigkeiten verloren habe,</li> <li>- nicht mehr weiss, wo ich bin,</li> <li>- meine Bezugspersonen nicht mehr erkenne,</li> </ul> ... sollen bei gesundheitlichen Problemen keine Massnahmen mehr getroffen werden, um mein Sterben abzuwenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Linderung von Angst und Schmerzen</b> Die Linderung von Angst und Schmerzen ist mir wichtig, auch wenn die nötigen Medikamente mein Bewusstsein stark beeinträchtigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstständigkeit</b> Ein hohes Mass an Selbstständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens bedeutet mir viel. (Hinweis: Beispiele finden Sie in der Wegleitung.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Was mir sonst noch wichtig ist:</b> _____					

## 4. Organspende

Wegleitung  
Seite 19

	ja	nein	Meine Vertretung soll entscheiden.
Ich bin bereit, nach meinem Tod Organe, Gewebe und Zellen zu spenden. Diese Einwilligung schliesst vorbereitende medizinische Massnahmen vor meinem Tod ein, die im Hinblick auf die Organspende notwendig sind.  Ich möchte folgende Organe von der Spende ausschliessen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. Persönliche Ergänzungen

Wegleitung  
Seite 20

---

---

---

## 6. Datierung und Unterzeichnung

Wegleitung  
Seite 20

hier unter-  
schreiben:

Ort, Datum

Unterschrift der verfügenden Person



## 7. Aktualisierung

Wegleitung  
Seite 22

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

Ort, Datum

Unterschrift der verfügenden Person

Ort, Datum

Unterschrift der verfügenden Person

Hinweis: Sie können diese Patientenvollmacht jederzeit ändern oder widerrufen, solange Sie urteilsfähig sind. Eine Wegleitung zum Ausfüllen der Patientenvollmacht erhalten Sie bei Dialog Ethik (Tel. 044 252 42 01 oder [www.dialog-ethik.ch](http://www.dialog-ethik.ch)).

## Dialog Ethik

Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen  
Schaffhauserstrasse 418  
8050 Zürich  
Tel. 044 252 42 01  
Telefonische Beratung 0900 418 814 (CHF 2.-/Minute ab Festnetz)  
Fax 044 252 42 13  
[info@dialog-ethik.ch](mailto:info@dialog-ethik.ch)  
[www.dialog-ethik.ch](http://www.dialog-ethik.ch)  
Spenden: PC-Konto 85-291588-7  
© Dialog Ethik, Version September 2012

 **DIALOG ETHIK**  
Interdisziplinäres Institut  
für Ethik im Gesundheitswesen