



Patientenverfügung

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

Erstellt von:

Vorname

Name

Inhalt

1	Personalien	3
2	Medizinische Anordnungen	3
2.1	Lebenserhaltende Massnahmen	3
2.2	Reanimationsmassnahmen	4
2.3	Künstliche Beatmung	4
2.4	Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr	4
2.5	Behandlung von Schmerzen und belastenden Symptomen	5
2.6	Einweisung in ein Spital bei schwerer Pflegebedürftigkeit	5
3	Vertretungsberechtigte Personen	6
4	Therapieziele und Beratung	8
4.1	Ziel der medizinischen Behandlung und Betreuung	8
4.2	Bestehende Erkrankungen	8
4.3	Beratung	8
5	Unerwünschte Personen	9
6	Seelsorgerische Betreuung	10
6.1	Betreuung	10
6.2	Religiöse Handlungen kurz vor oder nach dem Tod	10
7	Sterbeort	11
8	Spende von Organen, Geweben und Zellen	11
8.1	Organspende bei Tod infolge einer irreversiblen Schädigung des Hirns	11
8.2	Organspende bei Tod nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand	11
9	Wünsche für die Zeit nach meinem Tod	12
9.1	Autopsie	12
9.2	Körperspende an ein anatomisches Institut	12
9.3	Einsichtnahme in die Patientendokumentation nach meinem Tod	12
9.4	Verwendung meiner Patientendokumentation für Forschungszwecke	12
10	Besondere Anordnungen	13
11	Datierung und Unterzeichnung	13
12	Aktualisierung der Patientenverfügung	13
13	Behandlungsvereinbarung bei einer schweren und/oder chronischen Erkrankung	14

1 Personalien

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

2 Medizinische Anordnungen

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 7

2.1 Lebenserhaltende Massnahmen

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 7

Falls ich mich in einer der folgenden Situationen befinden sollte, erwarte ich vom Behandlungsteam folgendes Verhalten:

Bei andauerndem Verlust der Kommunikationsfähigkeiten (durch Unfall oder durch Krankheit – z. B. Hirn-schlag) und bei nur ganz geringer Aussicht, mit anderen Menschen je wieder verbal und/oder nonverbal kommunizieren zu können (selbst wenn ich noch mehrere Monate oder Jahre mit der Krankheit leben könnte), ...

- ... möchte ich keine lebenserhaltenden Massnahmen (auch keine Reanimationsversuche).
- ... möchte ich, dass lebenserhaltende Massnahmen im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans ausgeschöpft werden.

Bei intensivmedizinischer Betreuung mit schlechter Langzeitperspektive (auch dann, wenn eine kurz-zeitige Besserung möglich ist) ...

- ... möchte ich keine lebenserhaltenden Massnahmen (auch keine Reanimationsversuche).
- ... möchte ich, dass lebenserhaltende Massnahmen im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans ausgeschöpft werden.

Im Verlauf einer fortgeschrittenen, unheilbaren Erkrankung (z. B. Krebs, Demenz), bei der ich zunehmend mit schweren körperlichen und/oder geistigen Einschränkungen rechnen muss (selbst wenn ich noch mehrere Monate mit der Krankheit leben könnte), ...

- ... möchte ich keine lebenserhaltenden Massnahmen (auch keine Reanimationsversuche).
- ... möchte ich, dass lebenserhaltende Massnahmen im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans ausgeschöpft werden.

Im Endstadium einer unheilbaren, in absehbarer Zeit tödlich verlaufenden Erkrankung ...

- ... möchte ich keine lebenserhaltenden Massnahmen (auch keine Reanimationsversuche).
- ... möchte ich, dass lebenserhaltende Massnahmen im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans ausgeschöpft werden.

2.2 Reanimationsmassnahmen

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 9

Wenn keine Erkrankung vorliegt und ich einen Herz-Kreislauf-Stillstand erleide ...

- ... möchte ich grundsätzlich keine Reanimationsmassnahmen.

Dies gilt auch bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand während eines medizinischen Eingriffs (z. B. Operation, Angiographie) oder einer pflegerischen Massnahme (z. B. Medikamentenabgabe).

Bei medizinischen Eingriffen mit einem erhöhten Risiko empfehlen wir Ihnen, diese Entscheidung mit Ihrem behandelnden Arzt zu besprechen.

Dies gilt nicht bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand während eines medizinischen Eingriffs (z. B. Operation, Angiographie) oder einer pflegerischen Massnahme (z. B. Medikamentenabgabe).

- ... möchte ich die Einleitung von Reanimationsmassnahmen im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans.

2.3 Künstliche Beatmung

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 10

Bei chronischer, unheilbarer, fortschreitender Erkrankung (z. B. neuromuskulärer oder muskulärer Erkrankung mit Abnahme der Kraft zum Atmen – ALS, Multiple Sklerose, Morbus Duchenne –, Krebs, fortgeschrittener chronischer Atemwegserkrankung – COPD) ...

- ... möchte ich keine maschinelle Atemunterstützung. Atemnot soll stattdessen mit optimalen Massnahmen der Palliative Care¹ (Gabe von Medikamenten und Sauerstoff) wirksam bekämpft werden.
- ... möchte ich die Anwendung maschineller Atemunterstützung mittels Intubation oder eines Luftröhrenschnittes im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans.

2.4 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 12

Bei andauerndem Verlust der Kommunikationsfähigkeiten (durch Unfall oder durch Krankheit – z. B. Hirnschlag) und bei nur ganz geringer Aussicht, mit anderen Menschen je wieder verbal und/oder nonverbal kommunizieren zu können (selbst wenn ich noch mehrere Monate oder Jahre mit der Krankheit leben könnte), ...

- ... möchte ich weder eine künstliche Ernährung noch eine künstliche Flüssigkeitszufuhr. Mir ist klar, dass dadurch mein Leben verkürzt werden kann. Das Stillen von Hunger und Durst soll durch optimale Massnahmen der Palliative Care erfolgen.
- ... möchte ich den Einsatz künstlicher Ernährung und künstlicher Flüssigkeitszufuhr im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans.

¹ Definition von «Palliative Care»: Siehe → WEGLEITUNG, SEITE 8.

Im Endstadium einer unheilbaren, in absehbarer Zeit tödlich verlaufenden Erkrankung ...

... möchte ich **weder eine künstliche Ernährung noch eine künstliche Flüssigkeitszufuhr**. Mir ist klar, dass dadurch mein Leben verkürzt werden kann. Das Stillen von Hunger und Durst soll durch optimale Massnahmen der Palliative Care erfolgen.

... möchte ich **den Einsatz künstlicher Ernährung und künstlicher Flüssigkeitszufuhr** im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans.

Bei irreversibler Altersschwäche oder fortgeschrittener Demenzerkrankung, bei der ich bettlägerig bin und ich mich nicht mehr mitteilen kann, ...

... möchte ich **weder eine künstliche Ernährung noch eine künstliche Flüssigkeitszufuhr**. Mir ist klar, dass dadurch mein Leben verkürzt werden kann. Das Stillen von Hunger und Durst soll durch optimale Massnahmen der Palliative Care erfolgen.

... möchte ich **den Einsatz künstlicher Ernährung und künstlicher Flüssigkeitszufuhr** im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans.

2.5 Behandlung von Schmerzen und belastenden Symptomen

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 13

Bei Schmerzen, Übelkeit, Angst und Unruhe ...

... möchte ich, dass **Schmerz- und Beruhigungsmittel grosszügig dosiert** werden. Dabei nehme ich auch eine allfällige Beeinträchtigung des Bewusstseins in Kauf.

... möchte ich, dass **Schmerz- und Beruhigungsmittel nur in solchen Mengen eingesetzt** werden, dass mein Zustand erträglich bleibt. Es ist mir wichtig, solange wie möglich bei Bewusstsein zu bleiben.

2.6 Einweisung in ein Spital bei schwerer Pflegebedürftigkeit

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 14

Wenn ich unheilbar krank und/oder irreversibel altersschwach, dauernd bettlägerig, auf fremde Hilfe angewiesen, nicht mehr urteilsfähig bin und mein Gesundheitszustand sich weiter verschlechtert, ...

... möchte ich **keine Einweisung in ein Spital**. Dies bedingt, dass meine Grundbedürfnisse nach Pflege am aktuellen Ort abgedeckt werden können.

... möchte ich **eine Einweisung in ein Spital nur dann**, wenn dadurch die Aussicht auf Verbesserung der Lebensqualität besteht oder dies zur Linderung von akuten Schmerzen erforderlich ist.

... möchte ich **in jedem Fall eine Einweisung in ein Spital**.

Besondere Anliegen:

3 Vertretungsberechtigte Personen

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 15

Ich ernenne als meine vertretungsberechtigte Person:

_____ Vorname	_____ Name
_____ Strasse / Nr.	_____ PLZ / Ort
_____ Tel. Privat	_____ Handy-Nr.
_____ Tel. Geschäft	_____ E-Mail
_____ Geburtsdatum	_____ Bürgerort oder Land
_____ 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, für die vorgesehenen medizinischen Massnahmen die Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern. In medizinischen und pflegerischen Fragen, die diese Patientenverfügung nicht abdeckt, entscheidet meine vertretungsberechtigte Person an meiner Stelle im Sinne meiner Patientenverfügung und gemäss meinem mutmasslichen Willen (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 im Kapitel 8 auf → [SEITE 11](#) dieser Patientenverfügung.

Kann meine vorher genannte vertretungsberechtigte Person ihre Funktion nicht ausüben, sind folgende Personen der aufgeführten Reihenfolge nach berechtigt, ihre Rolle zu übernehmen:

<hr/> Vorname	<hr/> Name
<hr/> Strasse / Nr.	<hr/> PLZ / Ort
<hr/> Tel. Privat	<hr/> Handy-Nr.
<hr/> Tel. Geschäft	<hr/> E-Mail
<hr/> Geburtsdatum	<hr/> Bürgerort oder Land
<hr/> Art der Beziehung	
<hr/> Vorname	<hr/> Name
<hr/> Strasse / Nr.	<hr/> PLZ / Ort
<hr/> Tel. Privat	<hr/> Handy-Nr.
<hr/> Tel. Geschäft	<hr/> E-Mail
<hr/> Geburtsdatum	<hr/> Bürgerort oder Land
<hr/> Art der Beziehung	

4 Therapieziele und Beratung

4.1 Ziel der medizinischen Behandlung und Betreuung

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 16

Aufgrund meiner Wertvorstellungen und meines Lebensentwurfs wünsche ich, dass die **medizinischen Massnahmen** in folgenden Situationen nicht mehr primär der Lebenserhaltung, sondern dem Erhalt der bestmöglichen Lebensqualität dienen:

4.2 Bestehende Erkrankungen

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 16

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:

Bei einer schweren und/oder chronischen Erkrankung empfehlen wir Ihnen, Ihre Patientenverfügung mit Ihrem behandelnden Arzt zu besprechen und sie mit einer Behandlungsvereinbarung zu ergänzen (siehe → **SEITE 14** dieser Patientenverfügung).

4.3 Beratung

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 16

Ich habe mich bei der Erstellung dieser Patientenverfügung beraten lassen durch ...

meinen behandelnden Arzt _____

Ich habe die Patientenverfügung mit meinen vertretungsberechtigten Personen besprochen.

5 Unerwünschte Personen

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

<hr/>	<hr/>
Vorname	Name
<hr/>	<hr/>
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
<hr/>	
Art der Beziehung	
<hr/>	
Bemerkungen	

<hr/>	<hr/>
Vorname	Name
<hr/>	<hr/>
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
<hr/>	
Art der Beziehung	
<hr/>	
Bemerkungen	

6 Seelsorgerische Betreuung

6.1 Betreuung

Während eines Spital- oder Heimaufenthalts oder wenn sich mein Leben seinem Ende nähert, wünsche ich, von folgendem Seelsorger betreut zu werden:

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

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.

Statt einer religiösen Begleitung wünsche ich, durch folgende Person begleitet zu werden:

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

6.2 Religiöse Handlungen kurz vor oder nach dem Tod

Ich möchte kurz vor oder nach dem Tod rechtzeitig die vorgesehenen Handlungen und Rituale meiner Religion/Konfession oder meiner persönlichen Spiritualität in Anspruch nehmen. Es sind dies:

Ich wünsche keine religiösen Handlungen kurz vor oder nach dem 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.

8 Spende von Organen, Geweben und Zellen

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 17

8.1 Organspende bei Tod infolge einer irreversiblen Schädigung des Hirns

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 18

Wenn mein Tod aufgrund einer irreversiblen Schädigung des Hirns eingetreten ist, dürfen mir folgende Organe, Gewebe und Zellen entnommen werden (Zutreffendes habe ich angekreuzt):

Herz	Lungen	Leber
Nieren	Dünndarm	Bauchspeicheldrüse (Pankreas)
Augenhornhaut (Cornea)	Herzklappen und Blutgefäße	weitere Gewebe und Zellen

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

Ich lehne eine Entnahme von Organen, Geweben und Zellen bei Tod infolge einer Schädigung des Hirns ab.

Ich überlasse den Entscheid meiner vertretungsberechtigten Person.

8.2 Organspende bei Tod nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 18

Wenn mein Tod aufgrund eines Herz-Kreislauf-Stillstands 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)	Herzklappen und Blutgefäße	weitere Gewebe und Zellen

Diese Einwilligung kann medizinische Massnahmen vor der Feststellung meines Todes einschliessen, welche 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 lehne eine Entnahme von Organen, Geweben und Zellen bei Tod nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand ab.

Ich überlasse den Entscheid meiner vertretungsberechtigten Person.

9 Wünsche für die Zeit nach meinem Tod

9.1 Autopsie

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 19

Ich lehne eine Autopsie ab.

Für die Zwecke der Lehre und/oder Forschung darf eine Autopsie durchgeführt werden.

9.2 Körperspende an ein anatomisches Institut

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 19

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

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 19

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

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 20

Meine Patientendokumentation ...

... darf (unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen) für Forschungszwecke verwendet werden.

... darf nicht für Forschungszwecke verwendet werden.

10 Besondere Anordnungen

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 20

11 Datierung und Unterzeichnung

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 20

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 (gemäss Art. 370 und 372 ZGB).

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

Ort, Datum

Unterschrift

12 Aktualisierung der Patientenverfügung

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 20

Sie können Ihre Patientenverfügung jederzeit ändern oder widerrufen, solange Sie urteilsfähig sind. Eine Aktualisierung ist besonders dann wichtig, wenn die gesundheitliche Situation der verfügenden Person oder ihre Lebensumstände sich verändern. Bei einer schweren oder chronischen Erkrankung empfehlen wir Ihnen, Ihre Patientenverfügung mit Ihrem behandelnden Arzt zu besprechen und sie mit einer Behandlungsvereinbarung zu ergänzen (siehe → SEITE 14 dieser Patientenverfügung).

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

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

13 Behandlungsvereinbarung bei einer schweren und/oder chronischen Erkrankung

→ SIEHE «WEGLEITUNG» SEITE 21

Beachten Sie:

Bei einer bestehenden Diagnose für eine schwere und/oder chronische Erkrankung können Sie zusammen mit Ihrer behandelnden Ärztin bzw. Ihrem behandelnden Arzt, den konkreten Behandlungsplan als eine Behandlungsvereinbarung schriftlich festhalten und damit Ihre Patientenverfügung ergänzen.

Die Anordnungen dieser Patientenverfügung entsprechen dem Behandlungsplan, den ich mit meiner behandelnden Ärztin bzw. meinem behandelnden Arzt vereinbart habe.

Ort, Datum

Unterschrift (verfügende Person)

Die Anordnungen dieser Patientenverfügung entsprechen dem Behandlungsplan, den ich mit der verfügenden Person vereinbart habe.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel (Ärztin/Arzt)

Aktualisierung der Behandlungsvereinbarung

Ich habe die Anordnungen dieser Patientenverfügung mit meiner behandelnden Ärztin bzw. meinem behandelnden Arzt erneut besprochen. Sie entsprechen dem Behandlungsplan, den ich mit ihr bzw. mit ihm vereinbart habe.

Ort, Datum

Unterschrift (verfügende Person)

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel (Ärztin/Arzt)

Ort, Datum

Unterschrift (verfügende Person)

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel (Ärztin/Arzt)



Dialog Ethik berät und begleitet Seniorinnen und Senioren, Patientinnen und Patienten und ihre Angehörige bei medizinischen und pflegerischen Entscheidungen sowie bei Fragen rund um die pflegerische Betreuung zu Hause oder bei Wohnübergängen in eine Alterswohnung, ins Alters- oder Pflegeheim. Dialog Ethik unterstützt auch Spitäler und andere Gesundheitsorganisationen im Umgang mit ethischen Fragen in der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten.

Dialog Ethik ist eine unabhängige und unparteiliche, nicht gewinnorientierte Organisation. Das interprofessionelle Team mit Fachpersonen orientiert sich an der Menschenwürde, der Gerechtigkeit und der Solidarität und setzt sich ein für Respekt und Fairness im Gesundheitswesen. Dialog Ethik greift ethisch aktuelle Fragen aus Medizin und Pflege auf und sensibilisiert hierfür die Öffentlichkeit. Dialog Ethik verfügt über jahrzehntelange Erfahrung im Umgang mit komplexen medizin- und pflegeethischen Problemstellungen im Gesundheits- und Sozialwesen.

Stiftung Dialog Ethik

Schaffhauserstrasse 418, 8050 Zürich
Beratungstelefon 0900 418 814 (CHF 2.– pro Minute ab Festnetz)
Tel. 044 252 42 01, Fax 044 252 42 13
info@dialog-ethik.ch, www.dialog-ethik.ch

Spenden

Postkonto 85-291588-7
IBAN CH82 0900 0000 8529 1588 7



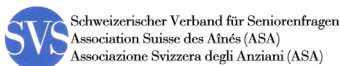
Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Hirnschlag sind in der Schweiz die häufigste Todesursache. Die Schweizerische Herzstiftung setzt sich dafür ein, dass bestehendes Leid gemildert und künftiges Leid verhindert werden kann. Neben Forschung, Aufklärung und Prävention sowie Beratung und Betreuung von Betroffenen 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.

Schweizerische Herzstiftung

Dufourstrasse 30, Postfach 368, 3000 Bern 14
Tel. 031 388 80 80, Fax 031 388 80 88
info@swissheart.ch, www.swissheart.ch

Spenden

Postkonto 30-4356-3
IBAN CH21 0900 0000 3000 4356 3



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 der die Patientenverfügung anregen möchte.

Schweizerischer Verband für Seniorenfragen

Geschäftsstelle, Grossmorgen 5, 8840 Einsiedeln
Tel. 079 434 02 36
info@seniorenfragen.ch, www.seniorenfragen.ch

Spenden

Postkonto 30-38170-0
IBAN CH81 0873 1001 2904 6201 7

Die Patientenverfügung ist ein Entscheidungsinstrument zum Wohl der Patienten und zur Entlastung der Angehörigen und der Fachpersonen. Diese Patientenverfügung möchte den Dialog zwischen Patienten, vertretungsberechtigten Personen und dem Behandlungsteam unterstützen. Darüber hinaus soll sie zur Förderung einer partnerschaftlichen Gesprächs- und Entscheidungskultur in der konkreten Anwendungssituation beitragen.

Herausgeber

Stiftung Dialog Ethik
Schaffhauserstrasse 418
CH-8050 Zürich

Tel. 044 252 42 01

Fax 044 252 42 13

Beratungstelefon: 0900 418 814 (CHF 2.– pro Minute ab Festnetz)

info@dialog-ethik.ch

www.dialog-ethik.ch

Danke für Ihre Unterstützung!

Postkonto 85-291588-7

IBAN CH82 0900 0000 8529 1588 7

© 2018 Stiftung Dialog Ethik, Zürich. Alle Rechte vorbehalten.

2. Auflage

Die deutsche Fassung ist die Stammversion.

Die Patientenverfügung verwendet aus Lesefreundlichkeit jeweils nur ein Geschlecht.

Steht «der Patient», ist die Patientin immer mitgemeint.