

Patientenverfügung

Name:

Geburtsdatum:

Heimatort:

Zivilstand:

Adresse:

Sollte ich einmal von Krankheit oder Unfall nicht mehr selber über meine Zukunft entscheiden können, soll mein nachstehend geäußertes Wille als verbindlich anerkannt und befolgt werden:

- Wenn bei aussichtsloser Prognose oder im Endstadium einer Krankheit elementare Lebensfunktionen ausfallen oder lebensbedrohliche Komplikationen auftreten und mein Zustand von sich aus zum Tod führen wird, sind alle lebensverlängernden Massnahmen zu unterlassen.

Ja

Nein

- In jedem Fall wünsche ich aber, dass alles unternommen wird, um mein Leiden zu lindern (zum Beispiel Schmerzen, Atemnot, Durst und so weiter).
- Von allen Therapien, Eingriffen und Untersuchungen, die nicht direkt zur Leidensverminderung beitragen, ist abzusehen.

Ja

Nein

Zu den untenstehenden Punkten gebe ich folgenden Willen bekannt:

- Eine künstliche Ernährung (durch Sonden oder Infusionen)

Lehne ich ab

Wünsche ich

- Eine Reanimation oder Intensivtherapie bei plötzlicher Verschlechterung

Lehne ich ab

Wünsche ich

- Eine seelsorgerliche, religiöse Begleitung durch einen Seelsorger wünsche ich:

protestantisch katholisch andere

keine seelsorgerische, religiöse Begleitung

Ort /Datum:

Unterschrift:

Patientenverfügung

(Fortsetzung von Seite 1)

Name:

Geburtsdatum:

Heimatort:

Zivilstand:

Adresse:

Ich bevollmächtige ausdrücklich die nachstehenden Personen:

- über mich beim Arzt Auskünfte einzuholen
- über medizinische Massnahmen und Eingriffe für mich die Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern:

1. Person

Vorname und Name: _____

Adresse: _____

2. Person

Vorname und Name: _____

Adresse: _____

3. Person

Vorname und Name: _____

Adresse: _____

Ort /Datum: _____

Unterschrift: _____