*Vorlage Patientenverfügung*

*Untenstehende Vorlage einer Patientenverfügung ist lediglich ein Beispiel und kann in verschiedenen Punkten auf die individuellen Bedürfnisse angepasst werden.*

*Weiter finden sich im Internet diverse Beispiele (kürzere und sehr ausführliche Fassungen) von Patientenverfügungen.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Patientenverfügung

**Ich, Peter Muster, geboren am ……………., von (Bürgerort), wohnhaft (Strasse, Ort)** bin beim Verfassen dieser Patientenverfügung im Vollbesitz meiner Urteilsfähigkeit.

Für den Fall, dass ich künftig nicht mehr selber entscheidungsfähig sein sollte und oder meine wesentlichen Funktionen des Lebens dermassen schwer in Mitleidenschaft gezogen sein sollten, dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit und nach den Regeln der Medizin eine nachhaltige Besserung ausgeschlossen werden kann sowie anzunehmen ist, dass dieser Zustand ohne weitere medizinische Eingriffe direkt zum Tode führt, verlange ich, dass:

1. alle Massnahmen, welche nicht mehr der Heilung, sondern einzig der blossen Lebensverlängerung dienen, zu unterlassen sind, namentlich die ausschliesslich zum Zweck der Lebensverlängerung erfolgende Verlegung auf die Intensivstation, Wiederbelebung, künstliche Beatmung, künstliche Ernährung, Bluttransfusion, Zufuhr von Flüssigkeiten durch Infusionen oder Sonden, Chemotherapeutika, pharmazeutische Behandlungen mit Antibiotika sowie belastende Eingriffe zu Diagnose- oder Therapiezwecken.
2. Jegliche medizinisch-technische Hilfe auf die Linderung von Schmerzen und Beschwerden zu beschränken ist.
3. Weiter wünsche ich, bis zu meinem Tod so gepflegt und betreut zu werden, dass mir meine menschliche Würde möglichst erhalten bleibt.

Mein Mann (oder Frau oder sonst eine nahestehende Person), Vorname und Name, geboren am …………, von (Bürgerort), wohnhaft (Strasse, Ort) ist ermächtigt und beauftragt, meinen in der vorliegenden Patientenverfügung enthaltenen Willen gegenüber den Ärzten und dem gesamten behandelnden Team gelten zu machen und durchzusetzen.

Im Verhinderungs- oder Ablehnungsfall soll meine Tochter (oder sonstige nahestehende Person), Vorname und Name, geboren am …………, von (Bürgerort), wohnhaft (Strasse, Ort) diese Aufgabe übernehmen.

Solange und soweit ich künftig nicht mehr selber entscheidungsfähig sein sollte, entbinde ich meine Ärzte und die übrigen zur Wahrung eines ärztlichen Geheimnisses verpflichteten Personen gegenüber folgenden Personen vom Berufsgeheimnis: (z.B. Partner/in, Kinder, sonstige nahestehende Personen)

* Vorname und Name, geboren am …………, von (Bürgerort), wohnhaft (Strasse, Ort)
* Vorname und Name, geboren am …………, von (Bürgerort), wohnhaft (Strasse, Ort)
* Vorname und Name, geboren am …………, von (Bürgerort), wohnhaft (Strasse, Ort)

Diese Personen sind auf deren Verlangen über alle Umstände, insbesondere über die Gründe, den Zweck, die Art, die Risiken, Nebenwirkungen einer Behandlung, sowie deren Kosten, über die Folgen, falls die Behandlung unterlassen wird sowie über alternative Behandlungsmöglichkeiten im Hinblick auf die vorgesehenen medizinischen Massnahmen zu informieren.

Diese Personen haben auch das Recht, meine Krankengeschichte einzusehen.

Obgenannte Personen wurden beim Erstellen über Funktion und Inhalt meiner Patientenverfügung informiert und sind im Besitz einer Kopie dieser Patientenverfügung.

Ihnen ist auf deren Verlangen nach meinem Tode Einsicht in meine Krankengeschichte / mein Patientendossier zu gewähren.

Ich verzichte auf die Entnahme jeglicher Organe, Gewebe und Zellen

oder

Wenn mein Tod aufgrund einer Schädigung des Hirns und/oder nach erfolgloser Reanimation eingetreten ist, bin ich bereit, folgende Organe, Gewebe und Zellen zu spenden (unzutreffendes löschen): Herz, Lungen, Leber, Nieren, Dünndarm, Bauchspeicheldrüse (Pankreas), Augenhaut (Cornea), Haut, weitere Gewebe und Zellen.

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

oder

Auf eine Autopsie meines Leichnams verzichte ich ausdrücklich.

* Die Urschrift (Original) dieser Patientenverfügung ist ………………………..(genauer Ort der Aufbewahrung notieren) aufbewahrt.
* Die in dieser Patientenverfügung genannten Personen sind im Besitz einer Kopie dieser Patientenverfügung und wissen, wo die Urschrift aufbewahrt ist.

Anmerkungen des Urkundeninhalts:

Ich, (Vorname, Name) …………………………….., bestätige, dass diese Patientenverfügung vollumfänglich meinem freien Willen entspricht.

Ort, Datum Unterschrift