

# PATIENTENVERFÜGUNG

Sollte ich aus medizinischen Gründen nicht mehr in der Lage sein, eine Entscheidung über die an mir vorgenommenen medizinischen Massnahmen zu treffen, erkläre ich hier im Vollbesitz meiner Urteilsfähigkeit meinen Willen:

Im Falle eines Herz-Kreislaufstillstandes gilt: Das behandelnde Team akzeptiert mein Versterben und achtet auf einen ethischen Umgang mit meinem Körper. Es verzichtet auf alle therapeutischen Massnahmen im Dienst der Wiederbelebung.

**Damit sind ausdrücklich Wiederbelebungsversuche, künstliche Beatmung, und medikamentöse Kreislaufunterstützung untersagt.**

NAME, VORNAME \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM \_\_\_\_\_

BÜRGERORT \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

PLZ, ORT \_\_\_\_\_

ORT, DATUM \_\_\_\_\_

UNTERSCHRIFT \_\_\_\_\_

- bitte wenden -

Reanimation Nein



## Personen meines Vertrauens

Sollte ich nicht reanimationsbedürftig, jedoch nicht mehr ansprechbar und urteilsfähig sein, treten Vertrauenspersonen für mich ein. Diese sind ermächtigt, in meinem Namen Entscheidungen zu treffen. Sie werden dem medizinischen Personal beistehen, meinem Willen zu entsprechen. Das medizinische Personal ist diesen Personen gegenüber von der Schweigepflicht entbunden.

### Erste Vertrauensperson

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

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon, Mobile \_\_\_\_\_

### Zweite Vertrauensperson

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

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon, Mobile \_\_\_\_\_

- Ich habe keine Vertrauensperson eingesetzt und überlasse die letztgültige Entscheidung dem behandelnden Arzt.

## Autopsie/Obduktion

- Ich erlaube keine Autopsie/Obduktion meines Körpers.

## Organspende

- Ich erlaube die Organentnahme **nicht**, da dies eine Reanimation voraussetzen würde.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_