

# KEINE REANIMATION!

## PATIENTENVERFÜGUNG

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Bürgerort .....

Adresse .....

PLZ, Ort .....

Ort, Datum .....

Unterschrift .....

**DAS IST MEIN WILLE**



**Leben, solange das Leben lebenswert ist. Das ist mir wichtig. 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.**

**Ich will nicht reanimiert werden. NO CPR!**

Im Falle eines Herz-Kreislauf- und/oder Atemstillstandes gilt: Das behandelnde Team verzichtet auf alle diagnostischen und therapeutischen Massnahmen im Dienst der Lebensverlängerung. Damit sind ausdrücklich Wiederbelebungsversuche, künstliche Beatmung, Nierenersatzverfahren, medikamentöse Kreislaufunterstützung und die künstliche Ernährung gemeint. Antibiotika und Cortison sollen nur verwendet werden, wenn diese zur Schmerzlinderung notwendig sind.

### **Sterben in Würde**

Ich bitte das medizinische Personal um Unterstützung bei belastenden Symptomen wie Atemnot, Schmerz, Angst und Unruhe.

### **Personen meines Vertrauens**

Sollte ich selbst nicht mehr ansprechbar und urteilsfähig sein, treten folgende 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 .....

Strasse .....

PLZ, Ort .....

Telefon, Mobile .....

## Zweite Vertrauensperson

Name, Vorname .....

Strasse .....

PLZ, Ort .....

Telefon, Mobile .....

---

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

## Sterbebegleitung

Ich wünsche in der Sterbephase eine seelsorgerische Begleitung von:

Name, Vorname .....

Name, Vorname .....

## Autopsie/Obduktion

Ich erlaube **keine** Autopsie/Obduktion meines Körpers

## Organspende

- Ich erlaube die Organentnahme
- Ich erlaube die Organentnahme nicht

## Weitere Anweisungen:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Hinweis:** Füllen Sie Ihre Patientenverfügung in Ruhe aus. Kopieren Sie diese und hinterlegen Sie je eine Kopie bei Ihrem Hausarzt, bei den von Ihnen bezeichneten Vertrauenspersonen und gut erkennbar bei Ihren wichtigsten Unterlagen. Ihre nächste Umgebung und Ihr Hausarzt sollten über Ihre Entscheidung im Bilde sein. Sprechen Sie offen über Ihren Willen, dass Sie im Notfall keine Reanimation wünschen.



**NO CPR GmbH** Sommerstrasse 19 CH-8594 Güttingen  
T +41 (0)71 695 33 33 [info@nocpr.ch](mailto:info@nocpr.ch) [www.nocpr.ch](http://www.nocpr.ch)