

# Patientenverfügung

Name/Vorname:

.....  
.....

Geburtsdatum:

.....  
.....

Bürger

von:

.....  
.....

Wohnort:

.....  
.....

Falls ich infolge Alter und Krankheit nicht mehr in der Lage bin, urteils- und entscheidungsfähig meinen Willen mitzuteilen, verfüge ich folgendes:

## Lebensverlängernde Massnahmen

- Ich möchte am Ende meines Lebens nicht künstlich am Leben erhalten werden, wenn keine Hoffnung auf Besserung meines Zustandes besteht, oder wenn eine schwere Dauerschädigung des Gehirns eingetreten ist. Sofern medizinische Massnahmen nur mein Leiden oder Sterben verlängern sollte, verweigere ich meine Zustimmung zu ärztlichen Eingriffen, wie z.B. Reanimation, künstliche Ernährung und andere lebensverlängernde Massnahmen. Die Ärzteschaft sollte sich darauf beschränken, mein Leiden zu lindern. Ich verlange eine ausreichende Linderung von Schmerzen, auch wenn das meinen Tod beschleunigen sollte.

- Ich überlasse den Entscheid folgender Vertrauensperson:

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

## Entbindung vom Patienten- und Arztgeheimnis

Die unten aufgeführten Personen sind berechtigt, von den Ärzten und Dienststellen Auskunft über meinen Gesundheitszustand zu erhalten. Ich entbinde die Ärzteschaft und des Pflegepersonal ihnen gegenüber von der Schweigepflicht:

Name und Adresse: .....  
.....

# STUDER

Anwälte und Notare

Namen und Adresse: .....

.....

Namen und Adresse: .....

.....

.....  
(Ort/Datum)

.....  
(Unterschrift)

MUSTER