

«TESTAMENT FÜR DAS LEBEN[®]» (LIVING WILL)

Patientenverfügung und -vollmacht

(Patient's Directive & Medical Power of Attorney)

beinhaltend (1) Patientenvertretung und (2) Verfügung betreffend medizinische Massnahmen und Anordnungen

Ich, [Vorname+Nachname:] _____
geboren _____ in _____ ,
Staatsangehörigkeit (ggf. Bürgerort) _____ ,
Wohnadresse/Domizil (Strasse+Nr.) _____ ,
PLZ+Ort+Land: _____ ,

bestimme:

1. zu meinem Patientenvertreter resp. meiner Patientenvertreterin mit uneingeschränktem Besuchs-, Informations-, Auskunft- und Einsichtsrecht unter Entbindung sämtlicher Medizinal- und Pflegepersonen von deren Datenschutz-, Schweige- und Geheimhaltungspflicht (nachfolgend "**Patientenvertretung**" oder "**Patientenbevollmächtigte**" oder "**Vertrauensperson**"):

Vorname+Nachname: _____ ,
geboren _____ in _____ ,
Staatsangehörigkeit (ggf. Bürgerort): _____ ,
Wohnadresse/Domizil (Strasse+Nr.): _____ ,
PLZ+Ort+Land: _____ .

Ersatzverfügung: für den Fall, dass die vorgenannte Patientenvertretung vorübergehend oder dauerhaft nicht in der Lage sein sollte, als meine Patientenvertretung zu handeln, soll(en) meine **Ersatz-Patientenvertretung** sein:

Folgende Person(en) dürfen weder informiert noch zu mir vorgelassen werden:

2. Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äussern kann, und zusätzlich unter der Voraussetzung, dass

- 2.1 ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach **unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess** befinde; oder
- 2.2 ich mich im **Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde**, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist; oder
- 2.3 aufgrund einer Gehirnschädigung - durch Unfall, Schlaganfall oder indirekte Gehirnschädigung (z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen) - **meine Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, unwiederbringlich erloschen ist**, wobei mir bewusst ist, dass in solchen Situationen die Fähigkeiten zu Empfindungen erhalten sein können und ein Aufwachen in diesem Zustand nicht auszuschliessen, aber äusserst unwahrscheinlich ist; oder
- 2.4 ich aufgrund einer weit fortgeschrittenen Demenz **nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit** - erforderlichenfalls mit andauernder Hilfestellung - **auf natürliche Weise zu mir zu nehmen**,

verfüge ich wie folgt:

• **Lebenserhaltende Massnahmen**

Ich wünsche, dass alle medizinischen Massnahmen zur Lebenserhaltung unterlassen werden. Hunger und Durst sollen - soweit dies möglich ist - auf natürliche Weise gestillt werden. Ferner wünsche ich, dass ich palliativ

(sterbensbegleitend) gepflegt werde, auch wenn dies eine lebensverkürzende Wirkung haben sollte.

- **Künstliche Ernährung**

Ich wünsche, dass keine künstliche Ernährung erfolgt.

- **Organspende / Autopsie**

Sofern von Nutzen, gebe ich die Entnahme meiner Organe und meinen Leichnam nach meinem Tod zu Transplantations- oder anderen Zwecken (auch für Forschung) frei.

- **Ausschliessliche Zuständigkeit der Patientenvertretung**

Sollte der behandelnde Arzt, die betreuende Pflegefachkraft oder das Behandlungsteam aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äusserungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Weisungen in dieser Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, entscheidet abschliessend meine Patientenvertretung, ob die Festlegungen in der Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

- **Aufklärungsverzicht**

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine ärztliche Aufklärung.

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs der Patientenverfügung bekannt. Ich habe meine Patientenverfügung nach freiem Willen und ohne äusseren Druck erstellt.

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Evtl. die obige Unterschrift beglaubigen und optional ein Urteilsfähigkeitszeugnis (vorzugsweise mit Datum vom gleichen Tag) ausstellen lassen.