



# Patientenverfügung nach der Diagnose Krebs:

Mein verbindlicher Wille im Hinblick auf Leben,  
Leiden, Sterben und Tod

Patientenverfügung der Krebsliga



## Impressum

### Her​ausgeberin

Krebsliga Schweiz  
Effingerstrasse 40  
Postfach 8219  
3001 Bern  
Tel. 031 389 91 00  
Fax 031 389 91 60  
info@kreb​liga.ch  
www.kreb​liga.ch

### Projektleitung

Catherine Bass, lic. phil., MAS Palliative Care und  
Thanatologie IUKB, Programmleiterin Rehabilitation  
und Palliative Care, Krebsliga Schweiz, Bern

### Autorin

Ruth Baumann-Hölzle, Dr. theol., Leiterin Institut  
Dialog Ethik, Zürich

### Fachlektorat

Dr. med. Hans Neuenschwander, Hospice Ticino  
und IOSI, Lugano  
Dr. med. Claudia Mazzocato, PD, MER, service de  
soins palliatifs, CHUV, Lausanne  
Dr. med. Ueli Grüniger, Geschäftsführer Kollegium  
für Hausarztmedizin (KHM), Bern  
Daniela Ritzenthaler-Spielmann, Wissenschaftliche  
Mitarbeiterin Patientenverfügung, Dialog Ethik, Zürich  
Irma Boving, Pflegefachfrau Onkologie, Mitarbeiterin  
des Krebstelefon, Krebsliga Schweiz, Bern  
Klara Högger, dipl. Pflegefachfrau AKP, dipl. Gesund-  
heitsschwester, Sozialberaterin, Krebsliga St. Gallen-  
Appenzell  
Anne-Lise Bezençon, Sozialarbeiterin, Krebsliga Wallis

### Redaktion und Bearbeitung

Verena Marti, Fachspezialistin Kommunikation,  
Krebsliga Schweiz, Bern  
Catherine Bass, Krebsliga Schweiz, Bern

### Fotos

ImagePoint AG, Zürich

### Design

Wassmer Graphic Design, Langnau i. E.

### Druck

Geiger AG, Bern

Diese Patientenverfügung ist auch in französischer  
und ab Frühjahr 2010 ebenfalls in italienischer  
Sprache erhältlich. Die Wegleitung (Artikel-Nr. 1017)  
führt Sie mit ergänzenden Informationen Schritt  
für Schritt durch die Patientenverfügung nach der  
Diagnose Krebs.

© 2009, Krebsliga Schweiz, Bern

In Zusammenarbeit mit



Dieses Dokument soll Sie ermutigen, sich mit wic-  
tigen Fragen der letzten Lebensphase auseinanderzu-  
setzen, idealerweise gemeinsam mit Menschen Ihres  
Vertrauens. Im ausgefüllten Dokument – Ihrer Patien-  
tenverfügung – halten Sie fest, wie entschieden wer-  
den soll, falls Sie selber nicht mehr dazu in der Lage  
sind.

Eine Wegleitung zum Ausfüllen finden Sie in der  
Broschüre «Patientenverfügung nach der Diagnose  
Krebs», die Sie zusammen mit dieser Patientenver-  
fügung erhalten haben.

Sollten Sie die Wegleitung nicht haben, können Sie  
diese bestellen bei Ihrer kantonalen Krebsliga, über  
Telefon 0844 85 00 00 oder unter [www.kreb​liga.ch/broschueren](http://www.kreb​liga.ch/broschueren), Bestellnummer 1017.

# Inhalt

Siehe «Wegleitung» Seite 15

**Möglicherweise wollen Sie nicht alle Punkte schon von Anfang an ausfüllen. Denken Sie daran, bei Ergänzungen oder Änderungen auch hinten auf Seite 26 das Datum der Aktualisierung zu notieren und zu unterschreiben.**

Für das Behandlungsteam ist es hilfreich, einen Überblick über die ausgefüllten Punkte zu haben.

	Seite	Ausgefüllt am
<b>Personalien</b>	<b>4</b>	_____
<b>Adressaten</b>	<b>5</b>	_____
Vertrauenspersonen	5	_____
Ärztinnen, Ärzte sowie Pflegende	7	_____
<b>Wertehaltung</b>	<b>8</b>	_____
<b>Patientenverfügung</b>	<b>10</b>	_____
Linderung von unerträglichen Schmerzen	10	_____
Linderung von anderen Symptomen	11	_____
Ernährung	11	_____
Nahrung	11	_____
Künstliche Ernährung	12	_____
Flüssigkeit	13	_____
Lebensverlängernde Massnahmen	14	_____
Reanimation (Wiederbelebende Sofort- massnahmen)	15	_____
Langzeitpflege: Einweisung in ein Akutspital	16	_____
Sterbeort	16	_____
Begleitung	17	_____
Religiöse Handlungen	18	_____
Medizinische Forschung	18	_____
Verfügung über meinen Körper	19	_____
Einsichtnahme in die Krankengeschichte nach meinem Tod	20	_____
Wünsche nach meinem Tod	21	_____
Was mir sonst noch wichtig ist	22	_____
Wichtige Dokumente und ihr Aufbewahrungsort	24	_____
<b>Aktualisierungen</b>	<b>26</b>	nur auf Seite 26 ausfüllen

# Personalien

Siehe «Wegleitung» Seite 15

**Die vorliegenden Anordnungen verfasse ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, also im Zustand der Urteilsfähigkeit, und nach reiflicher Überlegung. Sie gelten für den Fall, dass ich einmal nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen kundzutun.**

## Generell gilt:

- > Zutreffendes bitte ankreuzen (☒).
- > Dokument bitte von Hand in Blockschrift ausfüllen.

Vorname/Name \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Heimatgemeinde \_\_\_\_\_

Religion/Konfession \_\_\_\_\_

# Adressaten

Siehe «Wegleitung» Seiten 15 bis 18

## Vertrauenspersonen

**Wenn ich nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu kommunizieren wünsche ich, dass folgende Personen (Angehörige erwähne ich ebenfalls namentlich) in der angegebenen Reihenfolge sobald als möglich verständigt werden. Falls ich mit jemandem eine spezielle Abmachung (Auftrag/Befugnis) getroffen habe, führe ich diese hier an.**

Den genannten Personen gegenüber entbinde ich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie die Pflegenden von ihrem Berufsgeheimnis. Falls ich dazu nicht mehr selber in der Lage bin, ermächtige ich die aufgeführten Personen, an meiner Stelle die Entscheidungen gemäss dieser Verfügung zu treffen. Das Behandlungsteam ist verpflichtet, meine Vertrauenspersonen über meinen tatsächlichen Zustand zu informieren und sie in den Entscheidungsprozess meiner Behandlung und Pflege einzubeziehen.

Sofern ich keine Vertrauenspersonen habe, bevollmächtige ich das Behandlungsteam, an meiner Stelle gemäss dieser Verfügung zu entscheiden. Bei Uneinigkeit unter meinen genannten Vertrauenspersonen in einer ihnen zustehenden Entscheidung gilt die Meinung der an erster Stelle genannten Person.

## Erste Vertrauensperson

Vorname/Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/E-Mail \_\_\_\_\_

Evtl. Abmachungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Zweite Vertrauensperson

Vorname/Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/E-Mail \_\_\_\_\_

Evtl. Abmachungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Weitere Personen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Keine Vertrauensperson

## Unerwünschte Personen

Ich will, dass die folgenden Personen mich weder aufsuchen noch auf irgendeine Weise Einfluss nehmen können:

Vorname/Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Bemerkungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende

**Die Patientenverfügung beinhaltet meinen verbindlichen Willen an die Adresse der Ärztinnen und Ärzte sowie der Pflegenden.**

Der medizinische Fortschritt ermöglicht es heute vielen Menschen, länger und mit einer besseren Lebensqualität zu leben als früher. Neue medizinische Handlungsmöglichkeiten können jedoch auch zu neuen Problemsituationen führen. Ich habe als autonome, urteilsfähige Person das Recht, auf medizinische und pflegerische Massnahmen zu verzichten, die mir nicht wünschenswert erscheinen. Umgekehrt kann ich diese Massnahmen, soweit sie nach den Regeln der medizinischen resp.

pflegerischen Kunst angemessen sind, auch einfordern. Darum verlange ich die Respektierung meines Willens.

Ich wünsche, dass die Ärztinnen und Ärzte meine Vertrauenspersonen beim Umsetzen der Entscheide in der Verfügung unterstützen. Zudem sollen die Behandlungsteams im Spital meine Vertrauenspersonen in den Entscheidungsfindungsprozess einbeziehen, falls die Patientenverfügung in der konkreten Situation interpretiert werden muss.

- Ich habe meine Patientenverfügung bei Dialog Ethik hinterlegt. Falls die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende meinen in dieser Verfügung geäusserten Willen nicht befolgen können oder wollen, verlange ich die Kontaktnahme mit der zuständigen Vertrauensperson von Dialog Ethik, Hotline-Nummer 0848 86 85 85.  
Ich entbinde die Behandelnden ihr gegenüber von ihrem Arzt- bzw. Berufsgeheimnis.
- Ich habe meine Patientenverfügung nicht bei Dialog Ethik hinterlegt.
- Ich habe meine Patientenverfügung bei meinem behandelnden Arzt hinterlegt (siehe Adresse Seite 24).
- Ich habe meine Patientenverfügung an einem anderen Ort hinterlegt (siehe Seite 24).

# Wertehaltung

Siehe «Wegleitung» Seite 18

**In der Wegleitung «Patientenverfügung nach der Diagnose Krebs» finden Sie Hinweise dazu, welche Überlegungen Ihnen beim Ausfüllen der folgenden Punkte helfen können und wozu diese Aussagen dienen.**

Leben bedeutet für mich

---

---

---

Lebensqualität ist für mich

---

---

---

Beziehungen zu anderen Menschen sind für mich

---

---

---

Ich glaube an

---

---

---

Mein Körper ist für mich/bedeutet für mich

---

---

---

Lebensgewohnheiten

---

---

---

Ernährungsgewohnheiten

---

---

---

Im Zusammenhang mit meiner Krebserkrankung habe ich Angst vor

---

---

---

Leiden heisst für mich

---

---

---

Sterben bedeutet für mich

---

---

---

# Patientenverfügung

Siehe «Wegleitung» Seiten 19 bis 30

**Wenn Sie einige der nachfolgenden Fragen erst zu einem späteren Zeitpunkt beantworten wollen, können Sie das Ausfülldatum vorne im Inhaltsverzeichnis notieren. Vergessen Sie nicht, die Aktualisierung auch auf Seite 26/27 festzuhalten.**

Die Patientenverfügung gilt für den Fall, dass ich einmal nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen kundzutun. Sie hält fest, was ich vom behandelnden Team erwarte.

Die Wegleitung «Patientenverfügung nach der Diagnose Krebs», führt Sie durch die Patientenverfügung und gibt zusätzliche Erklärungen zu einzelnen Punkten. Wir empfehlen Ihnen, insbesondere die Fragen von Seite 10 bis Seite 15 mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin zu besprechen.

## Linderung von unerträglichen Schmerzen

Siehe «Wegleitung» Seiten 19 bis 21

- Variante A  
Ich wünsche, dass meine Schmerzen nach den Erkenntnissen der modernen Palliativmedizin behandelt werden. Sollte ich Schmerzen haben, die mit keiner Therapie gelindert werden können, möchte ich, dass ich so weit sediert werde, dass ich die Schmerzen nicht mehr spüre (siehe Erklärungen in der Wegleitung Seite 18/19).
- Variante B  
Perioden mit klarem Bewusstsein sind mir wichtig. Ich will, dass Beruhigungsmittel auch bei unerträglichen Schmerzen nur eingesetzt werden, um meinen Zustand erträglich zu gestalten.

Besondere Anordnungen

---

---

---

---

## Linderung von anderen Symptomen

Siehe «Wegleitung» Seite 21

- Variante A  
Sollte ich schwer belastende Symptome wie zum Beispiel Atemnot, Übelkeit, Unruhe etc. haben, die mit keiner Therapie gelindert werden können, möchte ich, dass die Medikamente so eingesetzt werden, dass ich so weit sediert werde, dass ich nicht mehr unter diesen Symptomen leide (siehe Erklärungen in der Wegleitung Seite 19).
- Variante B  
Perioden mit klarem Bewusstsein sind mir wichtig. Ich will, dass Beruhigungsmittel nur eingesetzt werden, um meinen Zustand erträglich zu gestalten.

Besondere Anordnungen

---

---

---

## Ernährung

Siehe «Wegleitung» Seite 22

Das Recht auf Ernährung, das heisst auf Nahrung und Flüssigkeit, ist ein Menschenrecht. Jeder Mensch hat gleichzeitig aber auch die Freiheit, Nahrung und Flüssigkeit zu verweigern.

### Nahrung

- Das Essen soll mir nur dann eingegeben werden, wenn ich wegen eingeschränkter Beweglichkeit dazu nicht mehr in der Lage sein sollte und noch essen will.
- Ich will keine Nahrungszusätze (z. B. Vitamine, Energy Drinks etc.).
- Ich will Nahrungszusätze (z. B. Vitamine, Energy Drinks etc.).
- Ich will, dass eine Nahrungsverweigerung meinerseits akzeptiert wird.

## Künstliche Ernährung

Künstliche Ernährung kann auf drei verschiedene Arten erfolgen:

- > mit einer Magensonde mittels einem Schlauch durch die Nase
- > mit einer Magensonde direkt durch die Bauchdecke in den Magen (PEG)
- > über Infusionen unter Umgehung des Magen-Darm-Traktes

### Ernährung mit einer Magensonde durch die Nase

- Variante A  
Ich will mit einer Magensonde durch die Nase ernährt werden, falls ich die Nahrung nicht mehr in ausreichender Menge auf natürlichem Weg einnehmen kann, auch während der Sterbephase.
- Variante B  
Ich lehne die Ernährung mit einer Magensonde durch die Nase ab, auch wenn dadurch mein Leben verkürzt werden sollte, auch während der Sterbephase. Die Betreuung soll sich in diesen Situationen auf die Mundpflege sowie Haut- und Schleimhautpflege beschränken.
- Variante C  
Ich überlasse es den ÄrztInnen je nach Krankheitsphase und Krankheits-situation über die Notwendigkeit und die Art einer künstlichen Ernährung zu entscheiden.

### Ernährung mit einer Magensonde durch die Bauchdecke (PEG)

- Variante A  
Ich will mit einer Magensonde (PEG) ernährt werden, falls ich die Nahrung nicht mehr in ausreichender Menge auf natürlichem Weg einnehmen kann, auch während der Sterbephase.
- Variante B  
Ich lehne die Ernährung mit einer Magensonde (PEG) ab, auch wenn da-durch mein Leben verkürzt werden sollte, auch während der Sterbephase. Die Betreuung soll sich in diesen Situationen auf die Mundpflege sowie Haut- und Schleimhautpflege beschränken.
- Variante C  
Ich überlasse es den ÄrztInnen, je nach Krankheitsphase und Krankheits-situation über die Notwendigkeit und die Art einer künstlichen Ernährung zu entscheiden.

### Ernährung über Infusionen (z. B. in eine Blutbahn)

- Variante A  
Ich will über eine Infusion ernährt werden, falls ich die Nahrung nicht mehr in ausreichender Menge auf natürlichem Weg einnehmen kann, sofern di-es medizinisch sinnvoll ist, auch während der Sterbephase.
- Variante B  
Ich lehne die Ernährung über Infusionen ab, auch wenn dadurch mein Leben verkürzt werden sollte, auch während der Sterbephase. Die Betreuung soll sich in diesen Situationen auf die Mundpflege sowie Haut- und Schleim-hautpflege beschränken.
- Variante C  
Ich überlasse es den ÄrztInnen, je nach Krankheitsphase und Krankheits-situation über die Notwendigkeit und die Art einer künstlichen Ernährung zu entscheiden.

Besondere Anordnungen

---

---

---

## Flüssigkeit

Siehe «Wegleitung» Seite 22

Wenn ich nicht mehr trinken kann

- will ich keine Flüssigkeit mit einer Infusion.
- Wird Durst vermutet, akzeptiere ich Infusionen. Treten Ödeme auf, sind die Infusionen zu stoppen.
- Ich überlasse es den ÄrztInnen, je nach Krankheitsphase und Krankheits-situation über die Notwendigkeit einer Flüssigkeitszufuhr zu entscheiden.

Besondere Anordnungen

---

---

---

## Lebensverlängernde Massnahmen

Siehe «Wegleitung» Seite 23

- Variante A  
Ich will ausschliesslich lindernde, jedoch nicht lebensverlängernde Behandlung, Pflege und Begleitung (das heisst nur Linderung von physischem, psychischem, sozialem und spirituellem Leiden).
  - > Das behandelnde Team verzichtet auf alle diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, die explizit der Lebensverlängerung dienen. Massnahmen wie Beatmung, Nierenersatzverfahren (Dialyse), medikamentöse Kreislaufunterstützung, Antibiotika, Blutersatzverfahren inklusive Infusionen, Medikamente zur Senkung des Kalziumspiegels werden abgesetzt.
  - > Diagnostische und therapeutische Massnahmen sollen nur optimaler palliativer (lindernder) Betreuung dienen.
  
- Variante B  
Das behandelnde Team schöpft alle lebensverlängernden medizinischen Massnahmen aus, auch wenn in absehbarer Zeit mit meinem Tod zu rechnen ist, sofern diese medizinisch sinnvoll sind.

Besondere Anordnungen

---

---

---

---

---

---

---

## Reanimation (Wiederbelebende Sofortmassnahmen)

Siehe «Wegleitung» Seite 23

Reanimation heisst notfallmässige Sofortmassnahmen nach Eintritt eines plötzlichen Herz-Kreislauf- und/oder Atem-Stillstandes mit Bewusstlosigkeit. Ziel der Reanimation ist die möglichst rasche Wiederherstellung lebenswichtiger Kreislauf- und Atemfunktionen, um wichtige Organe (insbesondere Gehirn, Herz, Niere) wieder ausreichend mit Sauerstoff zu versorgen.

Bei einer fortgeschrittenen Krebserkrankung ist die Aussicht auf eine erfolgreiche Reanimation schlecht. Auch nach einer erfolgreichen Reanimation nimmt

das Ausmass bleibender Schädigungen (insbesondere Gehirnschädigungen aufgrund der Sauerstoff-Mangelversorgung) zu, je älter die Patientinnen und Patienten und je schlechter ihr Allgemeinzustand ist.

Die (kardiopulmonale) Reanimation umfasst Massnahmen wie Herzmassage, Defibrillation, Intubation, Beatmung sowie Verabreichung von kreislaufstützenden Medikamenten. Ist die Reanimation erfolglos oder wird sie nicht ausgeführt, hat sie unausweichlich den Tod des Patienten/der Patientin zur Folge.

Im Falle eines Herz-Kreislauf- und/oder Atem-Stillstandes will ich

- reanimiert werden
- nicht reanimiert werden

Besondere Anordnungen

---

---

---

---

---

---

---

## Langzeitpflege: Einweisung in ein Akutspital

Siehe «Wegleitung» Seite 25

- Sollte ich dauernd bettlägerig, auf fremde Hilfe angewiesen und nicht mehr ansprechbar sein, will ich nur in ein Akutspital oder eine entsprechende Pflegeeinrichtung eingewiesen werden, wenn nur durch diese Massnahme Aussicht auf Verbesserung der Lebensqualität oder Linderung eines akuten Schmerzzustandes oder anderer schwerer Symptome besteht.
- Sollte ich dauernd bettlägerig, auf fremde Hilfe angewiesen und nicht mehr ansprechbar sein, so will ich in ein Spital oder eine entsprechende Pflegeeinrichtung eingewiesen werden.

Besondere Anordnungen

---

---

## Sterbeort

Siehe «Wegleitung» Seite 26

- Ja, ich möchte nach Möglichkeit zu Hause oder bei mir nahe stehenden Menschen sterben können.
- Nein, ich möchte lieber in einer Institution sterben können, die dafür eingerichtet ist.  
  
Meine Präferenz:
  - Spital
  - Palliativstation in einem Spital \_\_\_\_\_
  - Hospiz \_\_\_\_\_
  - Heim \_\_\_\_\_

Besondere Anordnungen

---

---

## Begleitung

Siehe «Wegleitung» Seite 26

- Ich wünsche, durch meinen vertrauten Seelsorger respektive meine Seelsorgerin betreut zu werden.

Vorname/Name

---

Adresse

---

Telefon/Fax/E-Mail

---

Evtl. Abmachungen

---

---

- Es kann auch ein anderer Seelsorger oder eine andere Seelsorgerin sein.
- Ich will keine religiöse Betreuung und keinen Besuch durch einen Seelsorger oder eine Seelsorgerin.
- Ich wünsche durch folgende mir nahe stehende Person/Personen betreut zu werden.

Vorname/Name

---

Adresse

---

Telefon/Fax/E-Mail

---

Evtl. Abmachungen

---

---

## Religiöse Handlungen

Siehe «Wegleitung» Seite 26

- Es ist mir sehr wichtig, dass ich rechtzeitig die vorgesehenen Handlungen und Rituale meiner Konfession/Religion in Anspruch nehmen kann.

Es sind dies namentlich:

---

---

---

Meine Konfession/Religion ist:

---

## Medizinische Forschung

Siehe «Wegleitung» Seite 26

### Medizinische Forschung

- Variante A  
Ich bin nicht bereit, an Forschungsprojekten teilzunehmen, wenn ich nicht mehr urteilsfähig bin.
- Variante B  
Ich bin bereit, an Forschungsprojekten im Zusammenhang mit meiner Krebserkrankung teilzunehmen, wenn ich nicht mehr urteilsfähig bin, sofern diese nicht an urteilsfähigen Menschen durchgeführt werden können und zwar
- nach Ermessen des Arztes nach den gesetzlichen Vorgaben
  - nur mit Einwilligung meiner Vertrauenspersonen

Besondere Anordnungen

---

---

---

## Verfügung über meinen Körper

Siehe «Wegleitung» Seite 27

### Organspende

- Ich will keine Organentnahme.
- Mir dürfen nach eingetretenem Hirntod uneingeschränkt Organe entnommen werden.
- Mir dürfen nach eingetretenem Hirntod Organe entnommen werden mit Ausnahme von:

---

---

---

### Autopsie/Obduktion

Bei einer Autopsie (auch Obduktion genannt) wird der Körper nach dem Tod geöffnet und untersucht, um die Todesursache festzustellen.

Im aussergewöhnlichen Todesfall wird aus rechtlichen Gründen eine Autopsie zwingend durchgeführt, auch wenn keine gewünscht wird.

Zur Feststellung der Todesursache bestimme ich Folgendes:

- Ich will keine Autopsie.
- Eine Autopsie soll nur im Fall eines unerwarteten (aber nicht aussergewöhnlichen) Todes erfolgen.
- Die Todesursache soll in jedem Falle mittels Autopsie festgestellt werden.
- Für die Zwecke der Lehre und/oder Forschung darf eine Autopsie durchgeführt werden.

### Körperspende an ein anatomisches Institut

Ich stelle meinen Körper nach meinem Tod für medizinische Forschung zur Verfügung:

- uneingeschränkt
- nur in Bezug auf meine Krankheit
- gar nicht

## Einsichtnahme in die Krankengeschichte nach meinem Tod

Siehe «Wegleitung» Seite 28

Folgende Personen können nach meinem Tod Einblick in meine Krankengeschichte nehmen:

- Einblick nur in den Obduktionsbefund (falls vorhanden), nicht aber in die Krankengeschichte:

Vorname/Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Vorname/Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

- vollumfänglichen Einblick (Krankengeschichte und Obduktionsbefund):

Vorname/Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Vorname/Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

- Ich gestatte – ausser aus rechtlich vorgegebenen Gründen – niemandem Einblick in die Krankengeschichte, auch nicht in den Obduktionsbefund.

Meine Krankengeschichte darf für Forschungszwecke verwendet werden:

- ja (unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen)  
 nein

## Wünsche nach meinem Tod

Siehe «Wegleitung» Seite 28

### Art der Bestattung

Ich wünsche

- Kremation       Erdbestattung

### Abdankung

Ich wünsche

- keine Abdankung  
 folgende Gestaltung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Grab

Ich wünsche

- ein konventionelles Grab  
 ein Gemeinschaftsgrab  
 Familiengrab  
 an folgendem Ort begraben zu werden:

\_\_\_\_\_

- kein Grab  
 eine andere Art der Bestattung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Ich habe eine Vereinbarung mit folgendem Bestattungsinstitut:

\_\_\_\_\_

### Weitere Wünsche

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Wichtige Dokumente und ihr Aufbewahrungsort

Siehe «Wegleitung» Seite 29

**Hinterlegen Sie Ihre Patientenverfügung an einem Ort, welcher den Ihnen am nächsten stehenden Vertrauenspersonen bekannt ist.**

Es hilft Ihren Angehörigen, wenn Sie notieren, wo sie Ihre wichtigen Dokumente aufbewahren.

Sie haben die Möglichkeit, Ihre ausgefüllte Patientenverfügung bei Dialog Ethik datenschutzkonform elektronisch registrieren zu lassen (Details dazu finden Sie in der Wegleitung Seite 9).

Anschliessend erhalten Sie eine Ausweiskarte mit der Hotline-Nummer, über die die Patientenverfügung rund um die Uhr abrufbar ist.

### Dokument

### Aufbewahrungsort

- |   |       |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Patientenverfügung                                   | _____ |
| <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht<br>(keine Gültigkeit nach dem Tod) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Testament  | _____ |
| <input type="checkbox"/> Todesanzeige<br>(z. B. Hinweise auf Vergabungen)     | _____ |
| <input type="checkbox"/> Versandliste Leidzirkular                            | _____ |

- |  |       |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Lebenslauf  | _____ |
| <input type="checkbox"/> Liste der Zeitungen für meine Todesanzeige                | _____ |
| <input type="checkbox"/> Versicherungen  | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bank/Postkonti (Vollmacht, keine Gültigkeit nach dem Tod) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Geschäftliches  | _____ |
| <input type="checkbox"/> Vermieter   | _____ |
| <input type="checkbox"/> Arbeitgeber   | _____ |
| <input type="checkbox"/> Organspenderausweis                                       | _____ |
| <input type="checkbox"/> Anderes   | _____ |

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Beim vorliegenden Dokument handelt es sich nicht um ein Testament im erbrechtlichen Sinn!

# Aktualisierungen

Siehe «Wegleitung» Seite 30

**Sofern diese Patientenverfügung bei Dialog Ethik elektronisch registriert ist, erhalten Sie von Dialog Ethik alle 2 Jahre eine Aufforderung zur Aktualisierung. Aus Gründen der Rechtsverbindlichkeit ist es wichtig, dass Sie Ihre Patientenverfügung periodisch aktualisieren.**

Wenn Sie Ihre Patientenverfügung nicht bei Dialog Ethik registriert haben, empfehlen wir Ihnen, diese regelmässig, zum Beispiel alle zwei Jahre oder wenn sich Ihre Krankheits- oder Lebenssituation ändert, zu überprüfen, neu zu datieren und zu unterschreiben.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ihre Krebsliga: