

# Patientenverfügung SRK

Vorname:

Nachname:

**Schweizerisches Rotes Kreuz**



## Modul 1

☛ Bitte nehmen Sie zum Ausfüllen Ihrer Patientenverfügung SRK die Wegleitung ↗ zu Hilfe.

Folgende Möglichkeiten stehen Ihnen beim Ausfüllen zur Verfügung:

### Mindestangaben (obligatorisch) – Modul 1

Persönliche Daten, Hausärztin/Hausarzt, Bevollmächtigung, Behandlungsziel, Reanimation und Werthaltung

### Erweiterte Angaben (freiwillig) – Modul 2

Detaillierte medizinische Anordnungen

**Die nachfolgenden Anordnungen habe ich im Besitz meiner Urteilskraft und nach reiflicher Überlegung getroffen für den Fall, dass ich wegen Urteilsunfähigkeit ↗ nicht in der Lage bin, meinen Willen zu äussern.**

---

## 1. Persönliche Daten

Frau                      Herr

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Sozialversicherungsnummer, ehemals AHV-Nr.

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon privat

Telefon mobil

E-Mail-Adresse

## 2. Hausärztin/Hausarzt

Vorname/Name/Praxis

Telefon

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Ja                      Nein

Sie/er soll im Falle meiner Hospitalisierung benachrichtigt werden.

## 3. Bevollmächtigung

### Vertretungsberechtigte Person

Ich ermächtige die aufgeführten vertretungsberechtigten Personen , meinen in der vorliegenden Patientenverfügung enthaltenen persönlichen Willen gegenüber den Ärzten/Ärztinnen und dem gesamten behandelnden Team geltend zu machen und durchzusetzen. Die Schweigepflicht  diesen Personen gegenüber wird aufgehoben.

Frau	Herr	Bezug (z.B. Partner/-in)
Vorname, Nachname		Geburtsdatum
Strasse, Hausnummer		Postleitzahl, Ort
Telefon privat		Telefon beruflich
Telefon mobil		E-Mail-Adresse

---

### Vertretungsberechtigte Ersatzperson

Frau	Herr	Bezug (z.B. Partner/-in)
Vorname, Nachname		Geburtsdatum
Strasse, Hausnummer		Postleitzahl, Ort
Telefon privat		Telefon beruflich
Telefon mobil		E-Mail-Adresse

Ja      Nein

Die vertretungsberechtigten Personen wurden beim Erstellen über Funktion und Inhalt meiner Patientenverfügung informiert.

---

### Verzicht auf Bevollmächtigung

Ich verzichte auf die Einsetzung von vertretungsberechtigten Personen.

## 4. Meine persönliche Werthaltung

Die im Folgenden beschriebenen Werte und Überlegungen für mein Leben sollen den behandelnden medizinischen Fachpersonen als Orientierung in schwierigen Entscheidungssituationen helfen.

🗨 **Bitte äussern Sie sich vorwiegend zu folgenden Aspekten:**

- Meine Motivation für das Erstellen dieser Patientenverfügung
- Persönliche Einstellungen, Religion, Werte, Wünsche und Ängste bezüglich Gesundheit und Krankheit
- Lebensqualität: was mir im Leben wichtig ist
- Mein aktueller Gesundheitszustand, Erfahrungen mit Krankheit, Pflegebedürftigkeit (für mich denkbare Einschränkungen), Sterben und Tod

## 5. Medizinische Anordnungen

### Massnahmen zur Wiederbelebung bei Herz-Kreislauf-Stillstand (Reanimation ↗)

☞ Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus.

**Ich gestatte die Durchführung einer Reanimation grundsätzlich in jeder Situation**, d.h. auch bei einer schlechten medizinischen Prognose, wie beispielsweise bei einer bestehenden Erkrankung oder einer unmittelbar lebensbedrohlichen, nicht kurativ behandelbaren Vorerkrankung.

**Ich gestatte die Durchführung einer Reanimation nur bei günstiger medizinischer Prognose**, wenn der Vorfall im Spital, im Rahmen einer diagnostischen Abklärung oder einer therapeutischen Intervention (Operation), bei einer plötzlich auftretenden Herzrhythmusstörung oder bei gutem gesundheitlichen Vorzustand etc. eintritt.

**Ich verbiete eine Reanimation grundsätzlich in allen Situationen.**

---

#### ☞ **Behandlungsziel bei guter Erholungschance**

Bei guter Prognose werden alle erforderlichen medizinischen und therapeutischen Massnahmen ergriffen, wenn damit wieder ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben geführt werden kann.

---

#### **Behandlungsziel bei schlechter Erholungschance**

☞ Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus:

Ich wünsche, dass im Sinne der **Palliative Care** ↗ nur Massnahmen zur Linderung krankheitsbedingter Symptome (z.B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst etc.), aber nicht zur Lebenserhaltung eingesetzt werden.

**oder**

Ich wünsche, dass **alle** medizinischen Massnahmen, die der Erhaltung des Lebens dienen, ausgeschöpft werden, einschliesslich der Linderung des Leidens. Beschwerden, die allfällig aus der lebenserhaltenden Behandlung resultieren, nehme ich in Kauf.

---

#### **Geltungsbereich**

Die in dieser Patientenverfügung genannten medizinischen Anordnungen gelten in **allen Situationen von Urteilsunfähigkeit**, ausser Sie wünschen, dass diese ausschliesslich in folgenden Situationen gelten:

Zusätzliche Bemerkungen:

## 6. Beratung

Die nachfolgende Angabe ist freiwillig.

Beim Erstellen dieser Patientenverfügung wurde ich beraten von:

Institution, Name

Datum

## 7. Aufbewahrung meiner Patientenverfügung SRK

Ja      Nein

Ich hinterlege meine Patientenverfügung beim SRK (kostenpflichtig ↗)  
(senden an: Schweizerisches Rotes Kreuz, Patientenverfügung SRK,  
Werkstrasse 18, 3084 Wabern)

Ich möchte Kopien meiner hinterlegten Patientenverfügung erhalten. Anzahl (max. 3)

## 8. Unterschrift

**Ich bestätige, dass ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB ↗) gelesen habe und ihnen zustimme.**

**Mit dieser Unterschrift bekunde ich meinen rechtsverbindlichen Willen im Hinblick auf medizinische Massnahmen und weitere verbindliche Anordnungen im Falle der eigenen Urteilsunfähigkeit.**

Datum

Unterschrift

.....

## Modul 2

### 9. Weitere medizinische Anordnungen

#### Behandlung im Falle einer schlechten Erholungschance zur Konkretisierung des von mir gewählten Behandlungsziels (Punkt 5)

Ja      Nein      Entscheidung  
vertretungsbe-  
rechtigte Person

##### Medikamente

Medikamente zur Behandlung neuer Erkrankungen

Antibiotika ➤ zur Behandlung einer akuten Infektion

Sedierende Medikamente ➤ bei unkontrollierbaren Symptomen,  
z.B. Atemnot oder Schmerzen

Medikamente zur Behandlung vorbestehender Erkrankungen

Bemerkungen:

---

##### Künstliche Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr ➤

☞ Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus.

Ernährung   Flüssigkeit

Nein

Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

Ja      Kurzfristig, mit Aussicht, dass ich später wieder Nahrung/Flüssigkeit  
auf normalem Weg aufnehmen kann (bis 1 Monat)

Langfristig (länger als 1 Monat)

Über die Dauer soll die vertretungsberechtigte Person entscheiden

Bemerkungen:



## Künstliche Beatmung ↗

☞ Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus.

Nein

Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

Ja Kurzfristig (bis max. 1 Woche)

Langfristig

Über die Dauer soll die vertretungsberechtigte Person entscheiden

Bemerkungen:

---

## Weitere Behandlungen

Ja	Nein	Entscheidung vertretungsbe- rechtigte Person
----	------	--

Chemotherapie ↗, Bestrahlung ↗

Chirurgische Eingriffe ↗

Bluttransfusionen ↗

Dialyse ↗

Bemerkungen:

---

# 10. Weitere Anordnungen

## Behandlungsort

☞ Die nachfolgenden Angaben sind freiwillig.

Eine Behandlung auf der Intensivstation ↗ soll möglichst vermieden werden.

Einweisung in eine Institution (Pflegeheim, Akut-Spital, Palliative-Care-Einrichtungen) nur wenn palliative Massnahmen zuhause nicht durchgeführt werden können/nicht mehr möglich sind.

### Weitere Angaben zu Pflege, Betreuung und psychosozialer Begleitung

Im Falle einer Urteilsunfähigkeit sind mir folgende Anliegen für meine Pflege und Betreuung wichtig (psychosoziale Begleitung, besondere Wünsche, z.B. Seelsorge oder Rituale):

---

### Organspende

☞ Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus.

Ich verbiete die Entnahme von Organen, Geweben und Zellen aus meinem Körper.

Die vertretungsberechtigte Person soll entscheiden.

Ich gestatte im Falle meines Todes die Entnahme jeglicher Organe, Gewebe und Zellen und die damit verbundenen vorbereitenden organerhaltenden medizinischen Massnahmen.

Ich gestatte im Falle meines Todes die Entnahme der unten gekennzeichneten Organe und die damit verbundenen vorbereitenden organerhaltenden medizinischen Massnahmen:

☞ Sie können **mehrere** Organe ankreuzen.

Herz	Bauchspeicheldrüse (Pankreas)	Nieren
Lungen	Augenhornhaut (Cornea)	Dünndarm
Leber	Haut	weitere Gewebe und Zellen

---

### Medizinische (klinische) Autopsie ↗

☞ Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus.

Ich gestatte eine Autopsie.

Ja	Nein	Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person
----	------	--

## Einsicht in den Autopsiebericht

☞ Diese Rubrik muss nicht ausgefüllt werden, wenn Sie unter «Medizinische (klinische) Autopsie» «Nein» angewählt haben.

Ausser meinen behandelnden Ärztinnen und Ärzten ist niemandem Einsicht in den Autopsiebericht zu gewähren.

Folgender Person bzw. folgenden Personen ist Einsicht in den Autopsiebericht zu gewähren:

der vertretungsberechtigten Person

folgender weiterer Person:

**Person**

Frau

Herr

Vorname, Name

Adresse

---

## Einsicht in meine Krankengeschichte nach meinem Tod

☞ Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus.

Ausser meinen behandelnden Ärztinnen und Ärzten ist niemandem Einsicht in die Krankengeschichte zu gewähren.

Folgender Person bzw. folgenden Personen ist Einsicht in die Krankengeschichte zu gewähren:

der vertretungsberechtigten Person

folgender weiterer Person:

**Person**

Frau

Herr

Vorname, Name

Adresse

---

## Zu dieser Patientenverfügung habe ich weitere Vorsorgedokumente erstellt

(z. B. Vorsorgeauftrag ↗, Bestattungsverfügung ↗, Körperspende ↗ etc.):

Nein

Ja, hinterlegt bei:

## 11. Ärztliche Bestätigung

Die nachfolgenden Angaben sind freiwillig.

### Ärztliche Bestätigung der Urteilsfähigkeit zum Zeitpunkt des Erstellens

Erstellt durch:

Frau      Herr      Vorname , Nachname:

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Datum

Unterschrift, Stempel

.....

## 12. Unterschrift

**Ich bestätige, dass ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB [↗](#)) gelesen habe und ihnen zustimme.**

**Mit dieser Unterschrift bekunde ich meinen rechtsverbindlichen Willen im Hinblick auf medizinische Massnahmen und weitere verbindliche Anordnungen im Falle der eigenen Urteilsunfähigkeit.**

Datum

Unterschrift

.....