

Persönliche Verfügung

Die vorher genannten Vertrauenspersonen bestätigen mit ihrer Unterschrift, dass sie vom Inhalt dieser Verfügung Kenntnis haben und dass ich diese in geistiger Frische und Unabhängigkeit unterschrieben habe.

Ort, Datum:

Name, Vorname:

handschriftl. Unterschrift:

Sämtliche anderen Verfügungen und Wünsche sind Inhalt der Broschüre «Mein letzter Wille»; sie ist zu finden:

Ort, Datum:

handschriftl. Unterschrift:

ERNEUERUNG:

Ich habe diese Verfügung erneuert und meine Vertrauenspersonen entsprechend informiert:

Unterschrift der verfügenden Person:

Bin ich nicht mehr ansprechbar und somit auch nicht mehr urteils- und entscheidungsfähig? Dann lassen Sie sich als behandelnde Ärztin oder behandelnder Arzt bitte meine detaillierte Patientenverfügung vorweisen. Das gilt auch im Falle meines Ablebens.

Name und Telefon nächster Angehöriger:

Meine persönliche Patientenverfügung befindet sich:

Ort:

Möbel:

Danke, dass Sie meine mir wichtigen Wünsche respektieren und ihnen folgen.

Bin ich nicht mehr ansprechbar und somit auch nicht mehr urteils- und entscheidungsfähig? Dann lassen Sie sich als behandelnde Ärztin oder behandelnder Arzt bitte meine detaillierte Patientenverfügung vorweisen. Das gilt auch im Falle meines Ablebens.

Name und Telefon nächster Angehöriger:

Meine persönliche Patientenverfügung befindet sich:

Ort:

Möbel:

Danke, dass Sie meine mir wichtigen Wünsche respektieren und ihnen folgen.





PERSONALIEN

Name

Vorname

Geburtsdatum

Heimatort/Herkunftsland

Strasse

PLZ, Wohnort

PERSÖNLICHE VERFÜGUNG

Ich möchte, dass auf alle lebensverlängernden Massnahmen verzichtet wird,

- wenn nach medizinischen Gesichtspunkten meine Prognose aussichtslos ist.
- wenn elementare Lebensfunktionen ausfallen und mein Zustand von sich aus zum Tode führen würde.
- Ich möchte, dass Therapien eingestellt werden, wenn mein Hirn so geschädigt ist, dass ich aller Voraussicht nach nie mehr zu Bewusstsein komme.
- Ich wünsche, dass alles unternommen wird, um meine Schmerzen und andere belastende Symptome (z.B. Atemnot, Durst, usw.) zu lindern. Sämtliche anderen Massnahmen, die nicht zur Linderung dieser Symptome beitragen, sollen unterbleiben.



Folgende Vertrauenspersonen sollen über alle Massnahmen informiert und in Entscheidungen mit einbezogen werden:

Name/Vorname

Tel.-Nr.

Name/Vorname

Tel.-Nr.

Name/Vorname

Tel.-Nr.

Ihnen gegenüber entbinde ich alle mich behandelnden Personen von ihrem Berufsgeheimnis.



NACH MEINEM TODE

AUTOPSIE:

- Ich bin einverstanden. Ich bin nicht einverstanden.
- Den Entscheid überlasse ich meinen Angehörigen.

TRANSPLANTATION:

- Ich bin einverstanden. Ich bin nicht einverstanden.
- Den Entscheid überlasse ich meinen Angehörigen.
- Ich bin einverstanden, mit Ausnahme folgender Organe:



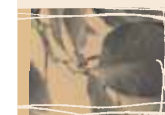
Meine persönliche Patientenverfügung

Ich habe eine Patientenverfügung verfasst. Genauere Angaben dazu befinden sich auf der Rückseite dieser Karte.

Name/Vorname

Geburtsdatum

Unterschrift



Meine persönliche Patientenverfügung

Ich habe eine Patientenverfügung verfasst. Genauere Angaben dazu befinden sich auf der Rückseite dieser Karte.

Name/Vorname

Geburtsdatum

Unterschrift

