

# PATIENTENVERFÜGUNG

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und Funktionen und nach Beratung durch meinen Hausarzt / Rechtsbeistand gebe ich nachstehend meinen Willen kund für den Fall, dass ich selbst nicht mehr zu entscheiden in der Lage sein könnte:

1. Im Hinblick auf meine fortschreitende Erkrankung möchte ich alle Beteiligten anweisen, keine lebensverlängernden Therapien und sonstige Massnahmen mehr anzuwenden (wie zum Beispiel Chemo- und Strahlentherapien, Operationen und sonstige kurative Therapien sowie künstliche Ernährung). Ausgenommen hiervon ist die Schmerzminimierung.
2. Ich wünsche statt dessen eine umfassende, ganzheitliche, vierundzwanzigstündige Palliativ - Pflege (Schmerztherapie, Betreuung, Physiotherapie, Seelsorge).
3. Sterben möchte ich - wenn möglich - zu Hause. Meine Familienangehörigen sollen dahingehend informiert und geschult werden.
4. Ich möchte keine Wiederbelebungsmaßnahmen oder Intensiveinsätze, Blutübertragungen, Herz- Lungenmaschine angewendet bekommen.
5. Verfügung über meinen Körper nach dem Tod: Ich stimme zu / stimme nicht zu, dass mein Körper nach meinem Ableben zur Obduktion, Organspende bzw. zu wissenschaftlichen Zwecken freigegeben wird.
6. Die religiöse Begleitung soll durch Seelsorger der
  - Katholischen Kirche
  - Evangelischen Kirche
  - Neupostolischen Kirche
  - \_\_\_\_\_ (andere Glaubensgemeinschaft) erfolgen.
7. Ich bestelle zur terminalen Pflege folgende Personen bzw. Organisationen:

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

Ort / Datum:

Unterschrift:

Ort / Datum:

Unterschrift:

(Jährliche Erneuerung der Willenserklärung wird empfohlen)