

Patientenverfügung

Dieses Blatt darf als Formular verwendet werden. Bewahren Sie Ihre Patientenverfügung so auf, dass diese bei Bedarf gefunden werden kann. Sie können eine Kopie bei Ihrem behandelnden Arzt hinterlegen.

Meine Personalien

Name	Vorname
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Geburtsdatum	Heimatort

Nach einem Unfall oder bei plötzlicher schwerer Krankheit bitte sofort benachrichtigen (nach Wichtigkeit geordnet)

1 Name	Vorname
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Telefon / Mobile	Geburtsdatum
2 Name	Vorname
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Telefon / Mobile	Geburtsdatum
3 Name	Vorname
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Telefon / Mobile	Geburtsdatum

Für den Fall, dass ich nach einem Unfall oder wegen einer schweren Krankheit meinen Willen nicht mehr äussern kann, verfüge ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte

1. Ärztliche Schweigepflicht

Ich entbinde sämtliche mich behandelnden Ärzte vom Berufsgeheimnis und ermächtige sie, folgende Personen vollständig über das gesamte Behandlungsergebnis zu informieren:

Name	Vorname
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Telefon / Mobile	Geburtsdatum

Die Ärzte dürfen folgende Personen **nicht** informieren:

Name	Vorname
Strasse /Nr.	PLZ /Ort
Telefon /Mobile	Geburtsdatum

2. Vertrauensperson

Folgende Person ist über den Behandlungsverlauf zu informieren und bei der Entscheidungsfindung über die weitere Behandlung einzubeziehen. Diese Person soll für mich entscheiden:

Name	Vorname
Strasse /Nr.	PLZ /Ort
Telefon /Mobile	Geburtsdatum

Ist die Vertrauensperson nicht erreichbar oder kann sie ihre Aufgabe aus anderen Gründen nicht wahrnehmen, bestimme ich folgende Ersatzperson:

Name	Vorname
Strasse /Nr.	PLZ /Ort
Telefon /Mobile	Geburtsdatum

Folgende Personen dürfen nach meinem Tod Einsicht in meine Patientendokumentation nehmen sowie in den Obduktionsbefund

Name	Vorname
Strasse /Nr.	PLZ /Ort
Telefon /Mobile	Geburtsdatum

Name	Vorname
------	---------

Strasse /Nr.	PLZ /Ort
--------------	----------

Telefon /Mobile	Geburtsdatum
-----------------	--------------

Die Einsicht ist beschränkt auf die Todesursache.

Ja Nein

Ich gestatte die Einsicht nur bei strittigen Fragen in Zusammenhang mit meinem Tod oder dem Testament (Testierfähigkeit).

Ja Nein

3. Medizinische Massnahmen

Sollte mein Gehirn dauerhaft geschädigt, mein Bewusstsein aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren sein oder sollten andere lebenswichtige Körperfunktionen ausgefallen sein, möchte ich:

Wiederbelebende Massnahmen nach einem Herz-Kreislauf- oder Atemstillstand	Ja	Nein
---	----	------

Künstliche Zufuhr von Flüssigkeit oder Nahrung	Ja	Nein
--	----	------

Künstliche Beatmung	Ja	Nein
---------------------	----	------

Die medizinische Betreuung soll meine Schmerzen und Beschwerden bestmöglich lindern, auch wenn sich mein Leben dadurch verkürzen sollte.	Ja	Nein
--	----	------

4. Sterbebegleitung

Falls ich nicht plötzlich und unverhofft sterbe, sondern Zeit habe, mich zu verabschieden, möchte ich in dieser Zeit begleitet werden. Folgende Personen haben mir diesen Dienst zugesichert:

Name	Vorname
Strasse /Nr.	PLZ/Ort
Telefon /Mobile	Geburtsdatum
Name	Vorname
Strasse /Nr.	PLZ/Ort
Telefon /Mobile	Geburtsdatum

Ich habe folgende Konfession und möchte, dass mich ein Geistlicher oder eine Geistliche meiner Konfession begleitet.

Ich möchte keine religiöse Begleitung beim Sterben.

5. Organspende und Autopsie

Im Fall meines Todes möchte ich meine Organe spenden und gestatte die Entnahme jeglicher Organe zur Transplantation.

Ich bin nur bereit, folgende Organe für Transplantationen zu spenden:

- Ich bin nicht bereit, meine Organe für Transplantationen zur Verfügung zu stellen.
- Ich bin bereit, meinen Körper nach dem Tod für die medizinische Forschung zur Verfügung zu stellen.
- Ich bin nicht bereit, meinen Körper nach dem Tod für medizinische Forschung zur Verfügung zu stellen

6. Sterbeort

Ich möchte – soweit es meine Angehörigen sowie Freundinnen und Freunde für zumutbar erachten – möglichst zu Hause sterben und nicht in einer öffentlichen Institution (Spital, Alters- und Pflegeheim oder Ähnliches).

Mir ist eine professionelle Pflege und Betreuung wichtig, ich will deshalb in ein Spital oder Heim gebracht werden.

Ort und Datum	Unterschrift
---------------	--------------

Die in diesem Dokument enthaltenen Angaben basieren auf dem Stand der Gesetzgebung in der Schweiz per 1. Januar 2023. Allfällige Gesetzesänderungen sind vorbehalten. Die Allianz Suisse kann keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der in diesem Dokument enthaltenen Angaben übernehmen. Das vorliegende Dokument dient einzig als Vorlage für eine mögliche inhaltliche Ausgestaltung, kann jedoch die Auskunft der zuständigen Behörde oder eine individuelle Beratung durch eine Fachperson nicht ersetzen.

Allianz Suisse

Tel. +41 58 358 71 11
Fax +41 58 358 40 42
contact@allianz.ch