

## VERTRETUNGSBERECHTIGTE PERSON

Die vertretungsberechtigte Person erhält über den Gesundheitszustand, den Verlauf und die Prognose Informationen. Bei Entscheidungsfindung zur Behandlung und Betreuung soll die Vertretungsperson mit einbezogen werden. Sie ist berechtigt, den

in der Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen oder nach dem mutmasslichen Willen zu entscheiden, wenn es einen Punkt betrifft, der in der Patientenverfügung nicht geregelt ist.

- Ich wünsche, dass die erstgenannte Vertretungsperson die zweite Vertretungsperson über meinen Zustand fortlaufend informiert und in die Entscheidungen miteinbezieht.

### 1. Vertretungsperson

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

- 2. Vertretungsperson (Ersatzperson).** Die zweite Vertretungsperson kommt nur zum Zuge, falls die 1. Vertretungsperson die Aufgabe nicht übernehmen kann.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Mit ihren obenstehenden Unterschriften bestätigen diese Personen, dass sie von meiner Patientenverfügung Kenntnis genom-

men haben, dass ich diesen letzten Willen in absoluter geistiger Zurechnungsfähigkeit und Unabhängigkeit unterschrieben habe.

- Ich habe keine Vertretungspersonen benannt. Die Vertretung basiert auf der gesetzlichen vorgegebenen Reihenfolge (nach Artikel 378 des ZGB).

## NAME UND ANSCHRIFT VOM HAUSARZT

---

---

---

---

---

Die gewählten personenbezogenen Bezeichnungen gelten für beide Geschlechter.

Weitere Informationen erhalten Sie unter [www.tgkl.ch](http://www.tgkl.ch) oder 071 626 70 00.

### Thurgauische Krebsliga

Bahnhofstrasse 5

8570 Weinfelden

Telefon 071 626 70 00

Fax 071 626 70 01

E-Mail [info@tgkl.ch](mailto:info@tgkl.ch)

Online Spenden [www.tgkl.ch](http://www.tgkl.ch)

Bank IBAN CH58 0483 5046 8950 1100 0

Postkonto 85-4796-4

Post IBAN CH67 0900 0000 8500 4796 4



**thurgauische krebsliga**  
Kompetenzzentrum



[www.tgkl.ch](http://www.tgkl.ch)



**thurgauische krebsliga**  
Kompetenzzentrum

## PATIENTENVERFÜGUNG



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

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

**Für den Fall, dass ich handlungs- und urteilsunfähig sein werde, bekunde ich, dass nachstehende Massnahmen und Informationen meinem Willen entsprechen und ich wünsche, dass die beschriebenen Instruktionen uneingeschränkt befolgt werden.**

### BEI EINER AKUTEN SITUATION, WÜNSCHE ICH

- dass in jedem Fall alle medizinischen Massnahmen zur Behandlung einer akuten Erkrankung und zur Wiedererlangung der Urteilsfähigkeit getroffen werden, inkl. Reanimation, Beatmung und der Behandlung auf einer Intensivstation.
- dass nur medizinische und medikamentöse Massnahmen, inkl. Intensivstation, durchgeführt werden, aber keine Herzdruckmassage und Beatmung.
- dass keine Reanimation, keine intensivmedizinische Behandlung durchgeführt werden. Ausserdem soll auf weitere lebenserhaltende und lebensverlängernde Massnahmen verzichtet werden.

### WENN SICH ZEIGT, DASS EIN WIEDERERLANGEN DER URTEILSFÄHIGKEIT WENIG WAHRSCHEINLICH IST UND DIE GEFAHR EINER BLEIBENDEN SCHWEREN PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT HOCH IST, BESTIMME ICH

- dass alle Massnahmen zur Lebensverlängerung weitergeführt werden, solange noch eine Möglichkeit besteht, dass ich meine Urteilsfähigkeit wiedererlange.
- dass in jedem Fall alles unternommen wird, um belastende Symptome (z.B. Schmerzen, Atemnot, Durst usw.) zu lindern.
- dass auf alle lebenserhaltenden und lebensverlängernden Massnahmen verzichtet wird.

### IM VERLAUF EINER CHRONISCHEN ERKRANKUNG BESTIMME ICH

- dass verfügbare Therapien gegen Schmerzen, Unruhe, Atemnot, Angst und Übelkeit grosszügig dosiert werden, damit ich nicht unter den Symptomen leide. Ich nehme dabei auch eine mögliche Trübung meines Bewusstseins oder Verkürzung des Lebens in Kauf.
- dass symptombezogene Mittel eingesetzt werden, um meinen Zustand erträglich zu machen, jedoch ohne mein Bewusstsein zu trüben. Ein klares Bewusstsein ist für mich wichtig.
- dass eine künstliche Ernährung durchgeführt wird, solange dies aus medizinischer Sicht sinnvoll ist.
- dass auf eine lebensverlängernde Massnahme via künstliche Ernährung oder Infusion verzichtet wird. Eine Nahrungsverweigerung meinerseits soll respektiert werden.

### NACH MEINEM TOD

#### Autopsie

- Ich erlaube keine Obduktion meines Leichnams.
- Ich erlaube eine Obduktion meines Leichnams.

#### Transplantation

Bei chronischen Erkrankungen ist eine Organspende nicht möglich.

- Ich gestatte keine Entnahme meiner Organe zu Transplantationszwecken.
- Ich gestatte die Entnahme aller meiner Organe zu Transplantationszwecken.
- Ich erlaube die Entnahme meiner Organe zu Transplantationszwecken mit Ausnahme folgender Organe:

---

---

---

---

#### Bestattungsform

- Urnenbestattung (Kremation)
- Erdbestattung

### BEMERKUNGEN, PERSÖNLICHE WÜNSCHE

Was ist für mich wichtig, was bedeutet Lebensqualität für mich, das könnte z. B. sein: Religiöse oder spirituelle Wünsche, Werte oder Überzeugungen, wovor habe ich Angst, was soll ausserdem noch beachtet werden:

---

---

---

---

---

---

---

---

Übergeben Sie diese Verfügung den behandelnden Ärzten, dem zuständigen Pflegepersonal und den vertretungsberechtigten Personen. Der Hinterlegungsort der Patientenverfügung kann auf der Versicherungskarte der Krankenkasse gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift

---

**Alle zwei Jahre muss eine Patientenverfügung auf ihre Aktualität überprüft und das Datum angepasst werden.**