

## I. MODELL EINER PATIENTENVERFÜGUNG

---

Ich, Unterzeichnete(r),

NAME

VORNAME

GEBOREN AM

bei vollem Bewusstsein und ohne Druck anderer, beschreibe hiermit meinen Willen.

### I. GRUNDSATZERKLÄRUNG

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann, verfüge ich:

(Zutreffendes ankreuzen)

- An mir sollen keine lebensverlängernden Maßnahmen vorgenommen werden, wenn nach bestem ärztlichen Wissen und Gewissen festgestellt wird, dass jede lebenserhaltende Maßnahme ohne Aussicht auf Besserung ist und mein Leben künstlich verlängern würde.  
*(Keine übertriebene Behandlung – acharnement thérapeutique)*
- Man soll an mir ein natürliches Sterben nicht verhindern (keine lebensverlängernden Maßnahmen) bei Krankheitsbildern wie:
  - bei unwiederbringlichem Koma
  - weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozessen z.B. bei sehr weit fortgeschrittener Demenz, ...
  - .....
  - .....

Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Beschwerden, wie z.B. Schmerzen, Unruhe, Angst, Atemnot oder Übelkeit gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendige Schmerztherapie eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist. Ich möchte in Würde und Frieden sterben können (Palliativpflege).

## 2. ANDERE PERSÖNLICHE WÜNSCHE

### In Bezug auf meine **Behandlung**

- Ich möchte, dass mein »Pflegeniveau« abgestimmt wird mit dem bezeichneten bzw. den vom Gesetz vorgesehenen Bevollmächtigten.
- Ich möchte für mich folgende konkrete Behandlungsgrenzen festlegen. Ich bin mir bewusst, dass diese bindend sind. (Behandlungsgrenzen handschriftlich einsetzen oder paraphieren)

### Ich möchte sterben können:

- nach Möglichkeit in Nähe und Kontakt mit meinen Angehörigen und mir nahe stehenden Personen;
- nach Möglichkeit in meiner vertrauten Umgebung;
- .....

### Ich wünsche:

- seelsorgerischen Beistand. Meine Konfession ist
- dass man mir psychologischen Beistand anbietet;
- dass die Ärzte und die mich betreuenden Personen mich ehrlich über die Entwicklung der Krankheit informieren;
- dass die Ärzte und die mich betreuenden Personen mich nicht über die Entwicklung der Krankheit informieren;
- dass bei bestehender schwerer Krankheit in fortgeschrittenem Stadium über die Qualität und Quantität der lebensverlängernden/lebenserhaltenden Maßnahmen gesprochen wird:
  - mit mir;
  - mit mir und meiner Familie;
  - nicht mit mir, aber mit der bezeichneten Vertrauensperson bzw. ihrem Ersatz, bzw. dem Bevollmächtigten;
  - nur im Pflorgeteam mit Einbezug meines Hausarztes;
  - .....

### 3. ANDERE INFORMATIONEN FÜR MEINEN HAUSARZT

- Ich habe eine vorgezogene **Willenserklärung zur Sterbehilfe (Euthanasie)** ausgefüllt und hinterlegt bei

#### Organspende

- Ich stimme prinzipiell einer Organspende zu, habe diese aber nicht registrieren lassen.
- Ich habe meine Zustimmung zur Organspende im Bevölkerungsregister registrieren lassen.
- Ich wünsche keine Organspende.
- Ich habe meine Verweigerung zur Organspende im Bevölkerungsregister registrieren lassen.

Ich möchte meinen **Leichnam für die Wissenschaft** zur Verfügung stellen und habe folgende Universität benachrichtigt

#### Andere **Wünsche**

- .....
- .....

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Erneuerungen:	Datum	Unterschrift
	Datum	Unterschrift
	Datum	Unterschrift
	Datum	Unterschrift
	Datum	Unterschrift
	Datum	Unterschrift
	Datum	Unterschrift
	Datum	Unterschrift

## II. BESTIMMUNG EINES BEVOLLMÄCHTIGTEN IM RAHMEN DER PATIENTENVERTRETUNG

(Art. 14, §1 des Gesetzes vom 22. August 2002 zu den Patientenrechten)

Ich Unterzeichnete(r), ..... bestimme die nachstehend benannte Person, um mich zu vertreten, solange ich nicht in der Lage bin, meine Rechte als Patient selbst auszuüben.

### PERSÖNLICHE DATEN DES PATIENTEN

NAME UND VORNAME

ADRESSE

TELEFONNUMMER

GEBURTSDATUM

### PERSÖNLICHE DATEN DES BEVOLLMÄCHTIGTEN

NAME UND VORNAME

ADRESSE

TELEFONNUMMER

GEBURTSDATUM

Ausgestellt zu (Ort) ....., den (Datum) .....

Unterschrift des Patienten .....

Ich nehme meine Bestimmung zum Vertreter wie oben vorgesehen an und trage dafür Sorge, den Patienten in den vorgesehenen Fällen, in denen er nicht in der Lage ist, seine Rechte auszuüben, zu vertreten.

Ausgestellt zu (Ort) ....., den (Datum) .....

Unterschrift des Bevollmächtigten .....

### EMPFEHLUNGEN

Dem Patienten wird empfohlen, zwei Ausfertigungen dieses Formulars zu verfassen. Eine Ausfertigung bleibt im Besitz des Bevollmächtigten, die zweite im Besitz des Patienten. Eine Kopie kann dem Familienarzt oder einem anderen vom Patienten bestimmten Arzt zugestellt werden. In diesem Fall handelt es sich um den Arzt (vom Patienten auszufüllen):

.....

Die Bestimmung des Bevollmächtigten kann zu jeder Zeit durch ein datiertes und unterzeichnetes Schriftstück widerrufen werden. In diesem Fall wird empfohlen, diejenigen Personen, die eine Originalfassung des Bestimmungsformulars erhalten haben, zu benachrichtigen.

### III. ABERUFUNG DES BESTIMMTEN BEVOLLMÄCHTIGTEN IM RAHMEN DER PATIENTENVERTRETUNG

---

(Art. 14, §1 des Gesetzes vom 22. August 2002 zu den Patientenrechten)

Ich Unterzeichnete(r), ..... widerrufe hiermit die Bestimmung der  
nachstehenden Person als Bevollmächtigte(r) vom ...../...../.....

#### PERSÖNLICHE ANGABEN DES ABERUFENEN BEVOLLMÄCHTIGTEN

NAME UND VORNAME

ADRESSE

TELEFONNUMMER

GEBURTSDATUM

Ausgestellt zu (Ort) ....., den (Datum) .....

Unterschrift des Patienten .....

#### EMPFEHLUNG

Es wird empfohlen, diejenigen Personen, die eine Originalfassung der Bestimmung vom ...../...../.....  
erhalten haben, zu benachrichtigen.

## IV. BESTIMMUNG EINER VERTRAUENSPERSON

Gesetz vom 22. August 2002 zu den Patientenrechten (Art. 7, §2, Art. 9, §2, Art. 9, §3)

Ich Unterzeichnete(r), ..... (Name, Vorname des Patienten),  
bestimme die nachstehende Person als meine Vertrauensperson, die auch, in meiner Abwesenheit, befugt  
ist, folgende Rechte auszuüben:

**das Recht, sich über meinen Gesundheitszustand und dessen mögliche Entwicklung zu informieren**

Zeitraum: ..... (z.B. bis zum Datum XX, für eine unbestimmte Zeit, ...)

Name des betreffenden Arztes (z.B. der Hausarzt, ...): .....

**das Einsichtsrecht in meine Patientenakte**

Zeitraum: ..... (z.B. bis zum Datum XX, für eine unbestimmte Zeit, ...)

Name des betreffenden Arztes (z.B. der Hausarzt, ...): .....

**das Recht, eine Kopie meiner Patientenakte anzufordern**

Zeitraum: ..... (z.B. bis zum Datum XX, für eine unbestimmte Zeit, ...)

Name des betreffenden Arztes (z.B. der Hausarzt, ...): .....

## IDENTITÄT DES PATIENTEN

NAME UND VORNAME

ADRESSE

TELEFONNUMMER

GEBURTSDATUM

## IDENTITÄT DER VERTRAUENSPERSON

NAME UND VORNAME

ADRESSE

TELEFONNUMMER

GEBURTSDATUM

Ausgestellt zu (Ort) ....., den (Datum) .....

Unterschrift des Patienten .....