

**VERTRAULICH**

**Mein rechtsverbindlicher Wille  
im Hinblick auf Leben, Leiden,  
Sterben und Tod.**

# **PATIENTINNENVERFÜGUNG**

**SRK Kanton Zürich**

In Zusammenarbeit mit Dialog Ethik



# INHALTSVERZEICHNIS

## PATIENTINNENVERFÜGUNG

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Wegleitung</b>  | <b>3</b>  |
| <b>Persönliches und Personalien</b>                              | <b>4</b>  |
| <b>Adressaten</b>  | <b>5</b>  |
| Meine wichtigsten Bezugspersonen                                 | 6         |
| Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende                              | 6         |
| Beizug des SRK Kanton Zürich                                     | 6         |
| Unerwünschte Personen  | 6         |
| <b>PatientInnenverfügung</b>                                     | <b>7</b>  |
| Anweisungen gelten namentlich für folgende mögliche Situationen: | 7         |
| Schmerzlinderung und Sedierung                                   | 7         |
| Lebensverlängernde Massnahmen                                    | 8         |
| Künstliche Ernährung   | 8         |
| Einweisung in ein Akutspital                                     | 9         |
| Wenn der Tod unausweichlich wird                                 | 9         |
| Sterbeort  | 9         |
| Sterbebegleitung   | 10        |
| <b>Verfügung über meinen Körper</b>                              | <b>11</b> |
| Organspende  | 11        |
| Obduktion / Autopsie   | 11        |
| Medizinische Forschung   | 11        |
| <b>Einsichtnahme in die Krankengeschichte</b>                    | <b>12</b> |
| <b>Religiöse Handlungen</b>                                      | <b>13</b> |
| <b>Wünsche nach meinem Tod</b>                                   | <b>14</b> |
| Art der Bestattung   | 14        |
| Grab   | 14        |
| Vergabungen und Blumenschmuck                                    | 14        |
| Abdankung  | 14        |
| Weitere Wünsche  | 15        |
| <b>Was mir sonst noch wichtig ist</b>                            | <b>16</b> |
| <b>Wichtige Dokumente und ihr Aufbewahrungsort</b>               | <b>17</b> |
| Unterschrift   | 17        |
| <b>Aktualisierung</b>  | <b>18</b> |
| <b>Registrierung</b>   | <b>19</b> |

## WEGLEITUNG ZUM AUSFÜLLEN DER PATIENTINNENVERFÜGUNG

Das Abfassen einer PatientInnenverfügung ist eine gute Gelegenheit, mit vertrauten Menschen über die Zerbrechlichkeit unseres Lebens nachzudenken. Sprechen Sie mit Ihrem Partner, Ihrer Partnerin, Ihren Angehörigen, Ihrem Arzt bzw. Ihrer Ärztin oder anderen Ihnen vertrauten Personen über Ihre PatientInnenverfügung. Gespräche mit diesen Menschen helfen beim Prozess, sich mit Leben, Leiden und Sterben auseinander zu setzen und diesbezüglich den eigenen Weg zu finden. Informieren Sie möglichst viele Vertrauenspersonen über Ihre PatientInnenverfügung und deren Inhalt. Im Ernstfall ist so optimal dafür gesorgt, dass Ihre PatientInnenverfügung so schnell wie möglich zur Entscheidungsfindung beigezogen werden kann.

### **Bitte beachten Sie beim Ausfüllen folgende Punkte:**

- Füllen Sie die PatientInnenverfügung handschriftlich in Blockschrift aus.
- Kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Kästchen an. Lassen Sie nach Möglichkeit keine Frage offen, sondern fügen Sie, wenn Sie etwas Besonderes festhalten wollen, eine entsprechende Ergänzung hinzu.
- Ändern Sie bitte keine Fragen ab.
- Sie können nach Belieben zusätzliche Blätter mit eigenen Anliegen beilegen.
- Kernstück des Dokumentes ist die PatientInnenverfügung Seite 7 bis 11.  
Bitte füllen Sie diese Seiten auf alle Fälle aus.
- Vollständigkeitshalber steht Ihnen zusätzlich die Option offen, sich zu Aspekten im Hinblick auf die Zeit nach ihrem Ableben zu äussern (Organspende, Obduktion, Bestattung usw.). Wenn Sie diese Fragen nicht beantworten möchten, streichen Sie diese Punkte einfach.
- Bitte vergewissern Sie sich, dass Sie das Dokument auf der letzten Seite datiert und unterschrieben haben!
- Hinterlegen Sie das Originaldokument an einem Ort, welcher den Ihnen am nächsten stehenden Vertrauenspersonen bekannt ist.
- Sie haben auch die Möglichkeit, Ihre PatientInnenverfügung beim SRK Kanton Zürich registrieren zu lassen. Beachten Sie dazu die Informationen auf Seite 19.

### **Wünschen Sie eine Beratung?**

Möchten Sie beim Ausfüllen von einer unabhängigen, fachkundigen Person beraten und unterstützt werden? Das Schweizerische Rote Kreuz Kanton Zürich bietet Ihnen ein auf Ihre Bedürfnisse abgestimmtes Beratungsangebot. Informationen darüber erhalten Sie unter folgender Adresse:

Schweizerisches Rotes Kreuz Kanton Zürich, PatientInnenverfügung  
Kronenstrasse 10, 8006 Zürich  
Telefon 044 388 25 25, [www.srk-zuerich.ch](http://www.srk-zuerich.ch)



## PERSÖNLICHES UND PERSONALIEN

**Die vorliegenden Anordnungen verfasse ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, also im Zustand der Urteilsfähigkeit, und nach reiflicher Überlegung. Sie gelten für den Fall, dass ich einmal nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen kund zu tun.**

**Generell gilt:**

→ Zutreffendes bitte ankreuzen. (☒)

Vorname / Name

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Geburtsdatum

Heimatgemeinde

Religion / Konfession

## ADRESSATEN

### Meine wichtigsten Bezugspersonen

Wenn ich schwer krank oder verunfallt bin und mit meinem Tod zu rechnen ist, wünsche ich, dass folgende Personen (Angehörige erwähne ich ebenfalls namentlich) in der angegebenen Reihenfolge sobald als möglich verständigt werden. Falls ich mit jemandem eine spezielle Verabredung (Auftrag / Befugnis) getroffen habe, führe ich diese hier speziell an.

Den genannten Personen gegenüber entbinde ich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie die Pflegenden von ihrem Berufsgeheimnis. Falls ich dazu nicht mehr selber in der Lage bin, ermächtige ich die aufgeführten Personen, an meiner Stelle die verabredeten Entscheidungen zu treffen.

Das Behandlungsteam ist verpflichtet, meine Bezugspersonen über meinen tatsächlichen Zustand zu informieren und sie in den Entscheidungsprozess meiner Behandlung und Pflege einzubeziehen. Sofern ich keine Bezugspersonen habe, so bevollmächtige ich das Behandlungsteam, an meiner Stelle nach meinem mutmasslichen Willen gemäss dieser Verfügung zu entscheiden. Bei Uneinigkeit unter meinen genannten Bezugspersonen in einer ihnen zustehenden Entscheidung gilt die Meinung der nachstehend an erster Stelle genannten Person:

1. Bezugsperson:                    Vorname / Name  
\_\_\_\_\_

  Adresse  
\_\_\_\_\_

  Telefon / Fax / E-Mail  
\_\_\_\_\_

  Ev. Verabredungen  
\_\_\_\_\_

2. Bezugsperson  
oder Hausarzt / Hausärztin:    Vorname / Name  
\_\_\_\_\_

  Adresse  
\_\_\_\_\_

  Telefon / Fax / E-Mail  
\_\_\_\_\_

  Ev. Verabredungen  
\_\_\_\_\_

Weitere Personen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

keine Bezugsperson



## ADRESSATEN

### Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende

Die PatientInnenverfügung beinhaltet meinen verbindlichen Willen an die Adresse der Ärztinnen und Ärzte sowie der Pflegenden.

Der medizinische Fortschritt ermöglicht es heute vielen Menschen, länger und mit einer besseren Lebensqualität zu leben als früher. Neue medizinische Handlungsmöglichkeiten können jedoch auch zu neuen Problemsituationen führen. Ich habe als autonome, urteilsfähige Person deshalb das Recht, auf mir nicht wünschenswert erscheinende medizinische und pflegerische Massnahmen zu verzichten. Umgekehrt kann ich diese Massnahmen, soweit sie nach den Regeln der medizinischen resp. pflegerischen Kunst angemessen sind, auch einfordern. Darum verlange ich die Respektierung meines Willens. Ich wünsche, dass die ÄrztInnen meine Bezugspersonen beim Umsetzen der Entscheide in der Verfügung unterstützen. Zudem sollen die Behandlungsteams im Spital meine Bezugspersonen in den Entscheidungsfindungsprozess einbeziehen, falls die PatientInnenverfügung in der konkreten Situation interpretiert werden muss.

### Beizug des SRK Kanton Zürich

Falls die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegenden meinen in der nachfolgenden PatientInnenverfügung geäusserten Willen nicht befolgen können oder wollen, verlange ich die Kontaktnahme mit der zuständigen Vertrauensperson des SRK Kanton Zürich. Ich entbinde die Behandelnden ihr gegenüber von ihrem Arzt- bzw. Berufsgeheimnis.

**Hotline-Nummer 0848 86 85 85**

### Unerwünschte Personen

Ich will, dass die folgenden Personen mich weder aufsuchen noch auf irgend eine Weise Einfluss nehmen können:

Vorname / Name

Adresse

Vorname / Name

Adresse

Bemerkungen:

## PATIENTINNENVERFÜGUNG

### Diese Entscheidungsanweisungen gelten namentlich für folgende möglichen Situationen:

- Die elementaren Lebensfunktionen sind durch Krankheit oder Unfall so schwer beeinträchtigt, dass das Leben nur durch dauernden Einsatz intensivmedizinischer Massnahmen, insbesondere durch Beatmung, aufrechterhalten werden kann. Die Wahrscheinlichkeit, dass diese Massnahmen einmal unnötig werden, wird als sehr gering eingeschätzt.
- Das Gehirn wurde so schwer geschädigt, dass die Möglichkeit zu jeglicher Kommunikation, also auch zur nonverbalen, mit meinen Mitmenschen auch für die Zukunft mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr gegeben ist.

Diese Anordnungen gelten zusätzlich für folgende Situationen:

---



---

Falls bei mir die eine oder alle Bedingungen erfüllt sein sollte/n, verlange ich vom behandelnden Team folgendes Verhalten:

### Schmerzlinderung und Sedierung bei Schmerzen, Atemnot und Unruhe

Variante A

Ich möchte, dass Schmerz- und Beruhigungsmittel grosszügig dosiert werden. Dabei nehme ich auch eine allfällige Beeinträchtigung des Bewusstseins oder eine Verkürzung des Lebens in Kauf.

Variante B

Ich möchte, dass Schmerz- und Beruhigungsmittel nur eingesetzt werden, um meinen Zustand erträglich zu gestalten. Vorübergehende Perioden mit klarem Bewusstsein sind mir wichtig.

Besondere Anordnungen:

---



---



---



---



## PATIENTINNENVERFÜGUNG

### Lebensverlängernde Massnahmen

Variante A

Das behandelnde Team verzichtet auf alle diagnostischen und therapeutischen Massnahmen im Dienste der Lebensverlängerung. Aussichtslos gewordene Massnahmen wie Beatmung, medikamentöse Kreislaufunterstützung, Antibiotika oder Nierenersatzverfahren werden abgesetzt. Diagnostische und therapeutische Massnahmen sollen nur im Dienste optimaler palliativer Betreuung dienen.

Variante B

Das behandelnde Team schöpft, solange die Möglichkeit auf eine Besserung des gesundheitlichen Zustandes in absehbarer Zukunft besteht, alle angemessenen medizinischen Massnahmen aus. Dazu gehört eine medikamentöse und/oder elektrische und/oder mechanische Reanimation.

Besondere Anordnungen: \_\_\_\_\_

### Künstliche Ernährung

Das Recht auf Ernährung ist ein Menschenrecht. Trotzdem hat jeder Mensch auch die Freiheit, Nahrung und Flüssigkeit zu verweigern.

Bei der künstlichen Ernährung werden die künstliche Ernährung mit einer Magensonde (enterale Ernährung) und die künstliche Ernährung über Infusionen unter Umgehung des Magen-Darm-Traktes (parenterale Ernährung) unterschieden.

Variante A

Ich lehne sowohl die enterale als auch die parenterale Ernährung ab, auch wenn dadurch mein Sterbeprozess beschleunigt wird. Die Betreuung soll sich in diesen Situationen auf die Mundpflege beschränken.

Variante B

Ich möchte ausserhalb der Sterbephase sowohl enteral als auch parenteral ernährt werden.

Variante C

Ich überlasse es den ÄrztInnen je nach Krankheitsphase und Krankheitssituation über die Notwendigkeit und die Art einer künstlichen Ernährung/Flüssigkeitszufuhr zu entscheiden, erwarte jedoch, dass in dieser Situation eine Fachperson beigezogen wird.

Besondere Anordnungen: \_\_\_\_\_



## PATIENTINNENVERFÜGUNG

### Einweisung in ein Akutspital

Sollte ich an einer unheilbaren Krankheit und/oder irreversibler Altersschwäche leiden, bei denen ich dauernd bettlägerig, auf fremde Hilfe angewiesen und nicht mehr ansprechbar wäre, so soll die Einweisung in ein Akutspital nur dann erfolgen, wenn Aussicht auf Verbesserung der Lebensqualität oder Linderung eines akuten Schmerzzustandes besteht.

Ja  Nein

Besondere Anordnungen:

---



---

### Wenn der Tod unausweichlich wird

In dieser Situation wünsche ich ausschliesslich leidenslindernde aber nicht lebensverlängernde Massnahmen.

Ja  Nein

Besondere Anordnungen:

---



---

### Sterbeort

Ich möchte nach Möglichkeit zu Hause oder bei mir nahe stehenden Menschen sterben können.

Ja  Nein

Ich möchte lieber in einer hierfür eingerichteten Institution sterben können.

Meine Präferenz:

Spital  Heim  
 Hospiz  andere

---

Besondere Anordnungen:

---



---



---



---



## PATIENTINNENVERFÜGUNG

### Sterbebegleitung

- Ich wünsche, durch meinen vertrauten Seelsorger resp. meine Seelsorgerin oder durch folgende, mir nahe stehende Person, betreut zu werden:

Vorname / Name

Adresse

Telefon

Fax

E-Mail

ev. Verabredungen:

- Es kann sich auch um einen anderen Seelsorger oder eine andere Seelsorgerin handeln.

- Ich wünsche keine religiöse Begleitung beim Sterben und namentlich nicht den Besuch durch einen Seelsorger oder eine Seelsorgerin.

### Dank

Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegenden, die gemäss meiner Verfügung handeln, danke ich von Herzen. Ich bin mir bewusst, dass sehr schwierige, belastende Situationen eintreten können.

# VERFÜGUNG ÜBER MEINEN KÖRPER

## Organspende

- Ich wünsche keine Organentnahme.
  - Mir dürfen nach eingetroffenem Hirntod uneingeschränkt Organe entnommen werden.
  - Mir dürfen nach eingetroffenem Hirntod Organe entnommen werden mit Ausnahme von:
- 

## Obduktion / Autopsie<sup>1</sup>

Zur Feststellung der Todesursache bestimme ich Folgendes:

- ich möchte keine Autopsie/Obduktion.
- eine Autopsie/Obduktion soll nur im Falle eines unerwarteten (aber nicht aussergewöhnlichen) Todes erfolgen.
- nach meinem Versterben soll die Todesursache in jedem Falle mittels Autopsie/Obduktion festgestellt werden.
- nach meinem Versterben darf für Zwecke der Lehre und/oder der Forschung eine Autopsie/Obduktion durchgeführt werden.

## Medizinische Forschung

Ich stelle meinen Körper nach meinem Tod

- uneingeschränkt
- nur in Bezug auf meine Krankheit
- gar nicht

für die medizinische Forschung zur Verfügung.

<sup>1</sup>

---

Eine Obduktion oder Autopsie ist eine innere Schau des toten Körpers zur Feststellung der Todesursache und zur Rekonstruktion des Sterbevorgangs. Die Begriffe Autopsie/Obduktion werden hier verwendet, weil der Sprachgebrauch (entweder Autopsie oder Obduktion) nicht einheitlich ist: gelegentlich wird der eine oder andere dieser beiden Begriffe ausschliesslich für die gerichtliche Abklärung der Todesursache verwendet.

Im so genannten aussergewöhnlichen Todesfall wird aus rechtlichen Gründen eine Obduktion zwingend durchgeführt, auch wenn ich sonst keine Autopsie wünsche.



## EINSICHTNAHME IN DIE KRANKENGESCHICHTE NACH MEINEM TOD

- Ich gestatte – ausser aus rechtlich vorgegebenen Gründen – niemandem Einblick in die Krankengeschichte, auch nicht in den Obduktionsbefund.

Folgende Personen können nach meinem Tod Einblick in meine Krankengeschichte nehmen:

- Einblick nur in den Obduktionsbefund (falls vorhanden):

Vorname / Name

---

Adresse

---

Telefon

---

Fax

---

E-Mail

---

- vollumfänglichen Einblick in die ganze Krankengeschichte:

Vorname / Name

---

Adresse

---

Telefon

---

Fax

---

E-Mail

---

### Meine Krankengeschichte

- darf (unter Einhaltung der Schweigepflicht)  
 darf nicht  
für Forschungszwecke verwendet werden.

## RELIGIÖSE HANDLUNGEN

- Es ist mir sehr wichtig, dass ich rechtzeitig die vorgesehenen Handlungen und Rituale meiner Konfession / Religion in Anspruch nehmen kann.

Es sind dies namentlich:

---

---

---

---

---

---

---

# WÜNSCHE NACH MEINEM TOD

## Art der Bestattung

Ich wünsche

- Kremation
- Erdbestattung

## Grab

Ich wünsche

- ein konventionelles Grab
- ein Gemeinschaftsgrab
- an folgendem Ort begraben zu werden:

---

---

---

---

---

---

- kein Grab
- eine andere Art der Bestattung:

---

---

---

---

---

---



# WÜNSCHE NACH MEINEM TOD

## Abdankung / Gedenkfeier

Ich wünsche

- keine Abdankung
- folgende Gestaltung der Abdankung:

---

---

---

---

---

Ich wünsche

- Blumenschmuck
- keinen Blumenschmuck
- eine Spende zu Gunsten folgender Organisationen:

---

---

---

---

---

## Weitere Wünsche

---

---

---

---

---







## WICHTIGE DOKUMENTE UND IHR AUFBEWAHRUNGORT

| Dokument  | Aufbewahrungsort |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht                            | _____            |
| <input type="checkbox"/> Testament                                    | _____            |
| <input type="checkbox"/> Todesanzeige (z.B. Hinweise auf Vergabungen) | _____            |
| <input type="checkbox"/> Versandliste Leidzirkular                    | _____            |
| <input type="checkbox"/> Lebenslauf                                   | _____            |
| <input type="checkbox"/> Liste der Zeitungen für meine Todesanzeige   | _____            |
| <input type="checkbox"/> Versicherungen                               | _____            |
| <input type="checkbox"/> Bank- / Postkonti (Vollmacht)                | _____            |
| <input type="checkbox"/> Geschäftliches                               | _____            |
| <input type="checkbox"/> Vermieter                                    | _____            |
| <input type="checkbox"/> Arbeitgeber                                  | _____            |
| <input type="checkbox"/> Anderes                                      | _____            |

Bei den vorliegenden Dokumenten handelt es sich nicht um ein Testament im erbrechtlichen Sinn!

Ort / Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

## AKTUALISIERUNG

### Aktualisierung der PatientInnenverfügung

Aus Gründen der Rechtsverbindlichkeit ist es wichtig, dass Sie Ihre PatientInnenverfügung periodisch aktualisieren.

Wenn Sie Ihre PatientInnenverfügung nicht beim SRK Kanton Zürich registriert haben, empfehlen wir Ihnen, Ihr Dokument regelmässig (zum Beispiel alle zwei Jahre) neu zu datieren und zu unterschreiben.

Ort / Datum

Unterschrift

---

Ort / Datum

Unterschrift

---

Ort / Datum

Unterschrift

---

Ort / Datum

Unterschrift

---

Ort / Datum

Unterschrift

---

Ort / Datum

Unterschrift

---



## REGISTRIERUNG

### Registrierung der PatientInnenverfügung

Sie haben beim Schweizerischen Roten Kreuz Kanton Zürich die Möglichkeit, Ihre ausgefüllte PatientInnenverfügung datenschutzkonform registrieren zu lassen (Kosten siehe Beiblatt). Eine solche Registrierung bietet den Vorteil, dass Ihr Dokument **24 Stunden am Tag abrufbar** ist. Sie erhalten eine Karte in Kreditkartenformat, auf welcher eine **Hotline-Nummer** enthalten ist sowie der Verweis, dass Sie im Besitz einer PatientInnenverfügung sind. Damit ist sichergestellt, dass Ihre PatientInnenverfügung in unvorhersehbaren Situationen, in denen sie dringend benötigt wird, auch verfügbar ist (beispielsweise bei einem Notfall auf der Strasse).

Ein wichtiges Gütekriterium einer PatientInnenverfügung ist deren **Aktualität**. Bei erfolgter Registrierung fordern wir Sie deshalb alle zwei Jahre auf, Ihr Dokument zu aktualisieren. Mit der Aktualisierung (Kosten siehe Beiblatt) bestätigen Sie, dass der vorliegende Patientenwille nach wie vor seine Gültigkeit hat – ein wesentliches Kriterium für die Qualität und die Rechtsverbindlichkeit einer PatientInnenverfügung.

Sollten Sie später auf die Aktualisierung verzichten, bleibt die PatientInnenverfügung selbstverständlich in der Datenbank registriert und über die Hotline jederzeit abrufbar.

Ein weiterer Vorteil der Registrierung ist, dass eine Fachperson, die der Schweigepflicht unterliegt, Ihr Dokument durchsieht. Allfällige Unklarheiten oder für das Behandlungsteam missverständliche Formulierungen werden somit aufgespürt und mit Ihnen zusammen geklärt. Es hat sich gezeigt, dass eine solche **Durchsicht einer Fachperson** sehr hilfreich sein kann.

**Für eine Registrierung senden Sie bitte Ihre ausgefüllte PatientInnenverfügung an:**  
**Schweizerisches Rotes Kreuz**  
**PatientInnenverfügung**  
**Kronenstrasse 10**  
**8006 Zürich**

