Vorlage 03

Patientenverfügung

Ausfüllen und unterschreiben

Muster, keine Rechtsberatung. Vor Verwendung von einer Fachperson prüfen lassen.

Wozu

Sie legen fest, welchen medizinischen Massnahmen Sie zustimmen oder nicht zustimmen, falls Sie urteilsunfähig werden, und wer für Sie entscheiden darf (Art. 370 ff. ZGB).

Wie ausfüllen

Ausfüllen, wenn möglich mit Ihrem Hausarzt besprechen. Sie muss schriftlich, datiert und unterzeichnet sein (Art. 371 ZGB). Von Hand schreiben ist nicht nötig.

Wohin

Original in den Beutel. Zusätzlich unbedingt Kopien an Hausarzt und Vertretungsperson: In einem medizinischen Notfall liegt der Beutel nicht rechtzeitig vor.

Meine Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Hausarzt, Telefon

Krankenkasse, Versichertennummer

Ich bin urteilsfähig und verfasse diese Verfügung aus freiem Willen.

Vertretungsperson (Art. 370 Abs. 2 ZGB)

Diese Person bespricht die Massnahmen mit der Ärztin oder dem Arzt und entscheidet in meinem Namen. Sie muss eine natürliche Person sein. Sprechen Sie vorher mit ihr.

Vertretungsperson: Name, Vorname

Telefon

Adresse

Ersatzperson: Name, Vorname

Telefon

Adresse

Ich entbinde die behandelnden Fachpersonen dieser Person gegenüber von der Schweigepflicht.

Was mir wichtig ist

Was bedeutet Lebensqualität für Sie? Was fürchten Sie? Was soll auf keinen Fall oder unbedingt geschehen?

Ziel der Behandlung

Falls keine begründete Aussicht besteht, dass ich mein Bewusstsein wiedererlange oder selbständig leben kann:

- ☐ Lebensverlängernde Massnahmen sollen ausgeschöpft werden.
- ☐ Lebensverlängernde Massnahmen sollen unterlassen oder abgebrochen werden. Im Vordergrund steht die Linderung von Schmerzen und Beschwerden.
- ☐ Die Vertretungsperson entscheidet.

Einzelne Massnahmen in dieser Situation

Massnahme	Ja	Nein	Vertretung entscheidet
Wiederbelebung bei Herz-Kreislauf-Stillstand	☐	☐	☐
Künstliche Beatmung	☐	☐	☐
Künstliche Ernährung über Sonde	☐	☐	☐
Künstliche Flüssigkeitszufuhr	☐	☐	☐
Dialyse	☐	☐	☐
Antibiotika	☐	☐	☐
Behandlung auf der Intensivstation	☐	☐	☐
Schmerzlinderung, auch wenn sie das Leben verkürzen kann	☐	☐	☐

Organ- und Gewebespende

Stand 5.11.2026: Es gilt weiterhin die Zustimmungsregelung. Organe und Gewebe dürfen nur mit Zustimmung entnommen werden; ist kein Wille bekannt, entscheiden die nächsten Angehörigen. Der Wechsel zur erweiterten Widerspruchsregelung ist beschlossen (Volksabstimmung vom 15.5.2022). Das BAG erwartet ihn im ersten Halbjahr 2028, das Datum steht nicht fest. Danach gilt ab 16 Jahren als Spender, wer nicht widersprochen hat, und die Angehörigen werden weiterhin einbezogen. Ein Register ist voraussichtlich ab dem zweiten Halbjahr 2027 vorgesehen. Nach Angaben des BAG bleiben Patientenverfügungen gültig. Prüfen Sie vor der Unterschrift den Stand beim BAG.

☐ Ich stimme der Entnahme aller Organe und Gewebe zu.

☐ Ich stimme nur der Entnahme folgender Organe und Gewebe zu:

_____

☐ Ich lehne die Entnahme von Organen und Gewebe ab.

☐ Die Vertretungsperson entscheidet.

Weitere Wünsche

Ort der letzten Lebensphase (zuhause, Spital, Pflegeeinrichtung, Hospiz)

Seelsorge oder Begleitung

Obduktion, Verwendung des Körpers für Lehre und Forschung

Das sollten Sie wissen

- In einem Notfall leitet das medizinische Personal unaufschiebbare Massnahmen sofort ein, wenn die Verfügung nicht vorliegt. Danach wird sie geprüft, und Massnahmen können abgebrochen werden.
- Die Ärztin oder der Arzt folgt der Verfügung, ausser sie verstösst gegen das Gesetz oder es bestehen begründete Zweifel am freien Willen oder an der Aktualität (Art. 372 ZGB). Rechtswidrige oder medizinisch nicht angezeigte Behandlungen können Sie nicht verlangen.
- Die Tatsache der Verfügung und den Hinterlegungsort können Sie auf der Versichertenkarte eintragen lassen (Art. 371 Abs. 2 ZGB). Fragen Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, ob das praktisch möglich ist.
- Sie können die Verfügung jederzeit widerrufen. Vernichten Sie ungültige Fassungen. Eine Befristung gibt es nicht; neu datieren und unterschreiben Sie am besten alle zwei Jahre.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Bestätigung der Aktualität

Datum	Unterschrift	Änderungen

Ärztliche Bestätigung (freiwillig)

Die Person war bei der Besprechung nach meiner Einschätzung urteilsfähig.

Name Ärztin oder Arzt, Datum

Unterschrift