

# 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	
Adresse	
Geburtsdatum	Heimatort

### NACH EINEM UNFALL ODER BEI PLÖTZLICHER SCHWERER KRANKHEIT BITTE SOFORT BENACHRICHTIGEN

(Vorname, Name, Adresse, Telefonnummer[n] und  
Geburtsdatum; nach Wichtigkeit geordnet)

1 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 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 Behandlungsverhältnis  
zu informieren:

(Vorname, Name, Adresse, Telefonnummer[n] und  
Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

(Vorname, Name, Adresse, Telefonnummer[n] und  
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:

(Vorname, Name, Adresse, Telefonnummer[n] und  
Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

(Vorname, Name, Adresse, Telefonnummer[n] und Geburtsdatum)

---

---

---

### 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:

(Vorname, Name, Adresse, Telefonnummer[n] und Geburtsdatum)

---

---

---

## Allianz Suisse

Tel. +41 58 358 71 11

Fax +41 58 358 40 42

contact@allianz.ch  
www.allianz.ch

Ich habe folgende Konfession

\_\_\_\_\_ und möchte,  
dass mich ein Geistlicher 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 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, Datum, Unterschrift:

---

Die in diesem Dokument enthaltenen Angaben basieren auf dem Stand der Gesetzgebung in der Schweiz per 1. Januar 2018. 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.



Folgen Sie uns:  
**allianzsuisse**