

Patientenverfügung 2025

Bitte **gut leserlich** in Blockschrift ausfüllen

Personalien:

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Nationalität:

Adresse:

Telefon:

PLZ/Ort:

Mitgliedsnummer (falls vorhanden):

Behandelnder Arzt / Hausarzt:

Vorname:

Nachname:

PLZ/Ort:

Telefon:

Ihre Wünsche: zutreffendes ankreuzen

Bei einem **Notfall** mit plötzlicher Urteilsunfähigkeit

Ich möchte eine Reanimation

☐ Ja ☐ Nein

Ich möchte eine Intensivbehandlung

☐ Ja ☐ Nein

Bei **schwerer Krankheit** mit länger dauernder Urteilsunfähigkeit

Ich möchte eine Reanimation

☐ Ja ☐ Nein

Ich möchte eine Intensivbehandlung

☐ Ja ☐ Nein

Bei **bleibender Urteilsunfähigkeit**

Ich möchte eine Reanimation

☐ Ja ☐ Nein

Ich möchte eine Intensivbehandlung

☐ Ja ☐ Nein

Wie würden Sie ihren aktuellen Gesundheitszustand **altersentsprechend** einschätzen auf einer Skala? (1= schlecht, 10 = sehr gut – kreisen Sie den entsprechenden Wert ein)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen

Wählen Sie **Option 1** oder **Option 2** bzgl. Schmerzbehandlung – zutreffendes ankreuzen

Option 1 ☐

Ich wünsche eine umfassende Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Atemnot, Angst und Übelkeit. Dafür nehme ich in Kauf, dass mein Bewusstsein möglicherweise getrübt wird.

Option 2 ☐

Sie sind bereit, ein gewisses Mass an Symptomen zu ertragen, wenn ich dafür meine Mitmenschen wahrnehmen kann.

Organspende – zutreffendes ankreuzen

Variante 1 ☐

Ich möchte meine Organe spenden. Jegliche Organe, Gewebe und Zellen können nach meinem Tod aus meinem Körper entnommen werden.

Variante 2 ☐

Ich möchte alle Organe spenden ausser:

Variante 3 ☐

Ich möchte meine Organe nicht spenden.

Haben Sie eine Vertretungsperson in medizinischen Angelegenheiten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wer?

Vorname:

Nachname:

Verhältnis:

Telefonnummer:

Hiermit willigen Sie ein, dass Sie die Patientenverfügung **eigenständig** ausgefüllt haben, dass verifizierten Personen Auskunft erteilt wird, behandelnden Ärzten ausgehändigt werden dürfen und dass Sie den jährlichen Mitgliederbeitrag (30 CHF) fristgerecht begleichen.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Fragen und Antworten zur Hinterlegung der Patientenverfügung

Was muss ich tun, um die Patientenverfügung zu widerrufen?

Vernichten Sie den Mitgliederausweis und kontaktieren Sie unsere Zentralstelle per Mail oder Telefon zur vollständigen Löschung der hinterlegten Patientenverfügung.

Was muss ich tun, wenn sich meine Wünsche verändert haben?

Sie werden jährlich von uns kontaktiert, um mögliche Änderungswünsche zu besprechen. Wenn Sie zwischenzeitlich eine Änderung wünschen, können Sie die neue Patientenverfügung hinterlegen lassen.

Wo muss ich die Patientenverfügung hinterlegen?

Hinterlegen Sie die Patientenverfügung in unserem Zentralregister, damit sie im Notfall allen behandelnden Ärzten zugänglich ist. Weiter empfehlen wir die Hinterlegung beim Hausarzt sowie eine Kopie für Sie zu Hause.

Wie weiss ein behandelnder Arzt, dass ich über eine Patientenverfügung verfüge?

Sie erhalten einen Ausweis mit einer Mitgliedernummer, der gut sichtbar in der Geldbörse aufbewahrt werden soll. So ist für jede behandelnde Fachperson ersichtlich, dass bei der Zentralstelle eine Patientenverfügung hinterlegt wurde. Im Notfall erhalten diese 24/7 Zugang zu den entscheidenden Informationen.

Wohin muss ich die Patientenverfügung senden?

Bucher Interact GmbH
z.H. Zentralregister Patientenverfügung
Weingartenstrasse 12a
3904 Naters

Bei Fragen stehen wir Ihnen unter +41 41 588 07 86 zur Verfügung.