

VERFÜGUNG

NAME / VORNAME
GEBURTSDATUM
WOHNORT

Wenn ich in einen Lebenszustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiderruflich verloren habe, will ich, dass sämtliche lebensverlängernden Massnahmen zu unterlassen sind. Mein Leben soll sich in Stille und Würde vollenden.

Ich verlange, dass sämtliche Entscheide über das weiter Vorgehen mit dem folgenden Arzt meines Vertrauens

Name / Vorname

Unterschrift

Der / den folgenden Person(en) meines Vertrauens

Name / Vorname

Unterschrift

besprochen werden.

Mit der Unterschrift bestätigen diese Personen, dass sie von meiner Verfügung Kenntnis genommen haben und dass ich diesen letzten Willen in absolut **geistiger Frische** und **Unabhängigkeit** unterschrieben habe.

Ort

Datum

Unterschrift

.....