

VERFÜGUNG

NAME / VORNAME
GEBURTSDATUM
WOHNORT

Wenn ich infolge von Krankheit oder Unfall nicht mehr selber über meine Zukunft entscheiden kann, soll mein nachstehend geäußertes Wille als verbindlich anerkannt und befolgt werden.

Wenn bei aussichtsloser Prognose oder im Endstadium einer Krankheit elementare Lebensfunktionen ausfallen oder schwere Komplikationen auftreten und mein Zustand von sich aus zu Tode führen wird, sind alle lebensverlängernden Massnahmen zu unterlassen.

In jedem Fall möchte ich, dass mein Leiden gelindert wird.
(Schmerzbehandlung, Atemnot, Durst etc.)

Sämtliche Therapien, Eingriffe und diagnostische Massnahmen, die nicht direkt zur Leidensverminderung beitragen, sind zu **unterlassen**.

Eine **Hospitalisation** () lehne ich ab () wünsche ich
Eine künstliche **Ernährung** (Sonden, Infusionen) () lehne ich ab () wünsche ich
Eine **Reanimation** oder **Intensivmedizinische Therapie** () lehne ich ab () wünsche ich

() Ich wünsche **eine seelsorgliche Betreuung**
() ich wünsche **keine seelsorgliche Betreuung**

Folgende Personen sind bevollmächtigt, bei meinem Hausarzt Auskünfte einzuholen und über medizinische Massnahmen und Eingriffe im Spital oder im Pflegezentrum für mich die Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern

Name / Vorname Unterschrift

Name / Vorname Unterschrift

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