

**FMH**

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
 Fédération des médecins suisses
 Federazione dei medici svizzeri
 Swiss Medical Association

Patientenverfügung

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Heimatort: _____

Wohnort: _____ Strasse: _____

Wenn ich in einen Lebenszustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiderruflich verloren habe, so will ich, dass man auf Massnahmen verzichtet, die nur noch eine Sterbens- und Leidensverlängerung bedeuten würden. Mein Leben soll sich in Würde und Stille vollenden.

Für jeweilige auftretende Probleme, die Entscheidungen über das weitere Vorgehen bedürfen, verlange ich, dass die verantwortlichen Ärzte mit folgenden Personen und/oder folgendem Arzt meines Vertrauens Rücksprache nehmen:

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ Unterschrift: _____

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ Unterschrift: _____

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ Unterschrift: _____

Mit ihrer obenstehenden Unterschrift bestätigen diese Personen, dass sie von meiner Patientenverfügung Kenntnis genommen haben und dass ich diesen letzten Willen in absoluter geistiger Frische und Unabhängigkeit unterschrieben habe.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____