# Patientenverfügung SRK

| | |
|---|---|
| Vorname | Peter |
| Nachname | Petermann |

**Wichtig:** Bitte nehmen Sie zum Ausfüllen Ihrer Patientenverfügung SRK die Wegleitung (↗) zu Hilfe.

Bitte laden Sie das Formular Patientenverfügung SRK herunter und speichern Sie es vor dem Ausfüllen. Danke!

vorsorge.redcross.ch/dokumente

Schweizerisches Rotes Kreuz

2023/V5 © Schweizerisches Rotes Kreuz

**Die nachfolgenden Anordnungen habe ich im Besitz meiner Urteilskraft und nach reiflicher Überlegung getroffen für den Fall, dass ich wegen Urteilsunfähigkeit (↗) nicht in der Lage bin, meinen Willen zu äussern.**

## Modul 1 **Mindestangaben** (obligatorisch)

### 1. Persönliche Daten

☐ Frau ■ Herr

Vorname
Peter

Nachname
Petermann

Geburtsdatum
10/03/1965

Sozialversicherungsnummer, ehemals AHV-Nummer
756.8201.4506.57

Strasse, Hausnummer
Idaplatz 2a

Postleitzahl, Ort
8003 Zürich

Telefon privat

Telefon mobil
+41 76 475 4695

E-Mail-Adresse
petermann@moskeeto.de

### 2. Hausärztin/Hausarzt

Vorname/Name/Praxis
Dr. Susanne Nagel, Praxis Kalkbreite

Telefon
+41 44 350 39 39

Strasse, Hausnummer
Badenerstrasse 177

Postleitzahl, Ort
8003 Zürich

Sie/er soll im Fall meiner Hospitalisierung benachrichtigt werden. Ja ■ Nein ☐

## 3. Bevollmächtigung

### Vertretungsberechtigte Person

☑ Ich ermächtige die aufgeführten vertretungsberechtigten Personen (↗), meinen in der vorliegenden Patientenverfügung enthaltenen persönlichen Willen gegenüber den Ärztinnen/Ärzten und dem gesamten behandelnden Team geltend zu machen und durchzusetzen. Die Schweigepflicht (↗) diesen Personen gegenüber wird aufgehoben.

☑ Frau ☐ Herr

Bezug (z.B. Partner/-in): Schwester

Vorname, Nachname: Nina Petermann

Geburtsdatum: 19/07/1967

Strasse, Hausnummer: Melkerstieg 23

Postleitzahl, Ort: 22559 Hamburg

Telefon privat:

Telefon beruflich:

Telefon mobil: +49 175 5130168

E-Mail-Adresse: Ninapetermann@aol.com

---

### Vertretungsberechtigte Ersatzperson

☐ Frau ☐ Herr

Bezug (z.B. Partner/-in):

Vorname, Nachname:

Geburtsdatum:

Strasse, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefon privat:

Telefon beruflich:

Telefon mobil:

E-Mail-Adresse:

Ich habe die vertretungsberechtigten Personen über die Funktion meiner Patientenverfügung informiert und den Inhalt mit ihnen besprochen.

Ja ☑ Nein ☐

---

### Verzicht auf Bevollmächtigung

☐ Ich verzichte auf die Einsetzung von vertretungsberechtigten Personen.

## 4. Meine persönliche Werthaltung

Die im Folgenden beschriebenen Werte und Überlegungen für mein Leben sollen den behandelnden medizinischen Fachpersonen als Orientierung in schwierigen Entscheidungssituationen helfen.

**Nehmen Sie zum Verfassen der Werthaltung die Wegleitung (↗) zur Hand. Bitte äussern Sie sich vorwiegend zu folgenden Aspekten:**

- Meine Motivation für das Erstellen dieser Patientenverfügung
- Persönliche Einstellungen, Religion, Werte und Ängste bezüglich Gesundheit und Krankheit
- Lebensqualität: was mir im Leben wichtig ist
- Mein aktueller Gesundheitszustand, Erfahrungen mit Krankheit, Pflegebedürftigkeit (für mich denkbare Einschränkungen)
- Meine Erfahrungen mit Sterben und Tod

Ich habe ein erfülltes Leben geführt, in dem ich alles erlebt habe, was ich erleben wollte, und noch vieles darüber hinaus. Ich habe keine unerledigten Angelegenheiten. Der Tod macht mir keine Angst, und ich würde ihn auch dann annehmen, wenn er früh und unerwartet käme.

Für mich ist Lebensqualität an Selbstbestimmung, geistige Klarheit und körperliche Unabhängigkeit geknüpft. Ein Leben, das davon dauerhaft und erheblich eingeschränkt ist, sei es durch Unfall, Krankheit oder Alter, möchte ich nicht führen. Ich lehne es ausdrücklich ab, dass mein Leben um jeden Preis und ohne Aussicht auf Wiedererlangung dieser Fähigkeiten verlängert wird. Ein schneller Tod ist für mich einem langen Siechtum klar vorzuziehen.

Ich wünsche mir, dass bei einer schweren, voraussichtlich nicht mehr umkehrbaren Erkrankung oder Verletzung auf lebensverlängernde Massnahmen verzichtet wird, wenn sie lediglich den Sterbeprozess hinauszögern oder zu einem Zustand führen, den ich oben als nicht lebenswert beschrieben habe.

Mein zweiter zentraler Wunsch ist Schmerz- und Symptomfreiheit. Ich bitte das behandelnde Team, Schmerzen, Atemnot, Angst und Unruhe jederzeit konsequent und ausreichend zu behandeln, auch mit hochdosierten Schmerz- und Beruhigungsmitteln (einschliesslich Opioiden und Sedierung). Ich nehme dabei ausdrücklich in Kauf, dass diese Behandlung meine Lebensdauer verkürzen kann. Linderung hat für mich Vorrang vor Lebensverlängerung.

Mein Gesundheitszustand ist derzeit gut, abgesehen von einigen kleineren Einschränkungen, und ich bin geistig voll leistungsfähig. Sport und Bewegung sind für mich zentral für Lebensqualität und seelisches Gleichgewicht. Müsste ich krankheits- oder altersbedingt dauerhaft darauf verzichten, würde mich das psychisch stark belasten. Am schwersten wöge für mich Pflegebedürftigkeit, also der dauerhafte Verlust der Selbstständigkeit im Alltag. Ein Leben in dieser Abhängigkeit beurteile ich für mich als nicht lebenswert.

## 5. Medizinische Anordnungen

### Massnahmen zur Wiederbelebung bei Herz-Kreislauf-Stillstand (Reanimation (↗))

Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus:

☐ **Ich gestatte die Durchführung einer Reanimation grundsätzlich in jeder Situation,** d.h. auch bei einer schlechten medizinischen Prognose, wie beispielsweise bei einer bestehenden Erkrankung oder einer unmittelbar lebensbedrohlichen, nicht kurativ behandelbaren Vorerkrankung.

☐ **Ich gestatte die Durchführung einer Reanimation nur bei günstiger medizinischer Prognose,** wenn der Vorfall im Spital, im Rahmen einer diagnostischen Abklärung oder einer therapeutischen Intervention (Operation), bei einer plötzlich auftretenden Herzrhythmusstörung oder bei gutem gesundheitlichen Vorzustand etc. eintritt.

☒ **Ich verbiete eine Reanimation grundsätzlich in allen Situationen.**

---

### Behandlungsziel bei guter Erholungschance

Bei guter Prognose werden alle erforderlichen medizinischen und therapeutischen Massnahmen ergriffen, wenn damit wieder ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben geführt werden kann.

---

### Behandlungsziel bei schlechter Erholungschance gemäss meiner persönlichen Werthaltung sowie der medizinischen Prognose

Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus:

☒ Ich wünsche, dass im Sinne der **Palliative Care** (↗) nur Massnahmen zur Linderung belastender Symptome (z.B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst) ergriffen werden. Massnahmen, die der Lebenserhaltung dienen, sollen nicht mehr durchgeführt werden.

☐ Ich wünsche, dass **alle medizinischen Massnahmen** eingesetzt werden, die der Lebenserhaltung und Lebensverlängerung dienen. Beschwerden, die möglicherweise aus lebenserhaltenden Massnahmen resultieren, nehme ich in Kauf. Belastende Symptome sollen bestmöglich gelindert werden.

---

### Geltungsbereich

Die in dieser Patientenverfügung genannten medizinischen Anordnungen gelten in **allen Situationen von Urteilsunfähigkeit**, ausser Sie wünschen, dass diese ausschliesslich in folgenden Situationen gelten:

Zusätzliche Bemerkungen:

## 6. Beratung

Die nachfolgende Angabe ist freiwillig.

Beim Erstellen dieser Patientenverfügung wurde ich beraten von:

Institution, Name

Datum

## 7. Hinterlegung meiner Patientenverfügung SRK

Ich hinterlege meine Patientenverfügung beim SRK (kostenpflichtig (↗)): Ja ☐ Nein ☐
Senden an: **Schweizerisches Rotes Kreuz, Patientenverfügung SRK, Werkstrasse 18, 3084 Wabern**

Ich möchte Kopien meiner hinterlegten Patientenverfügung erhalten. Anzahl (max. 3)

## 8. Datum und Unterschrift

**Mit dieser Unterschrift stimme ich der Bearbeitung meiner Personendaten zu und bestätige, dass ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB (↗) vorsorge.redcross.ch) gelesen habe und ihnen zustimme. Weiter bekunde ich meinen rechtsverbindlichen Willen im Hinblick auf medizinische Massnahmen und weitere verbindliche Anordnungen im Fall der eigenen Urteilsunfähigkeit.**

Datum

Zürich, 02.11.2026

Unterschrift



## Modul 2 **Erweiterte Angaben** (freiwillig)

## 9. Weitere medizinische Anordnungen

Im Modul 2 können Sie medizinische Eingriffe und Massnahmen für den Fall Ihrer Urteilsunfähigkeit wählen. Diese Auswahl tritt nur in Kraft, wenn es gemäss bestem Wissen des Behandlungsteams sehr unwahrscheinlich ist, dass Sie je wieder ein Leben im Sinne **Ihrer persönlichen Werthaltung** (Seite 3) führen werden können.

Mit folgenden Angaben konkretisiere ich meinen Willen bezüglich der Behandlung bei einer **schlechten Erholungschance**:

| **Medikamente** | Ja | Nein | Entscheidung vertretungsberechtigte Person |
|---|---|---|---|
| Medikamente zur Behandlung neuer Erkrankungen | ☐ | ■ | ☐ |
| Antibiotika (↗) zur Behandlung einer akuten Infektion | ☐ | ■ | ☐ |
| Sedierende Medikamente (↗) bei schwer kontrollierbaren Symptomen, z.B. Angstzuständen | ■ | ☐ | ☐ |
| Medikamente zur Behandlung vorbestehender Erkrankungen | ☐ | ■ | ☐ |

Bemerkungen:

| **Weitere Behandlungen** | Ja | Nein | Entscheidung vertretungsberechtigte Person |
|---|---|---|---|
| Chemotherapie (↗), Bestrahlung (↗) | ☐ | ■ | ☐ |
| Chirurgische Eingriffe (↗), inkl. der damit verbundenen Massnahmen | ☐ | ■ | ☐ |
| Bluttransfusionen (↗) | ☐ | ■ | ☐ |
| Dialyse (↗) | ☐ | ■ | ☐ |

Bemerkungen:

### Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr (↗)

| Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus: | Nahrung | Flüssigkeit |
|---|---|---|
| Nein | ■ | ■ |
| Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person | ☐ | ☐ |
| Ja – Kurzfristig, mit Aussicht, dass ich später wieder Nahrung/Flüssigkeit auf normalem Weg aufnehmen kann (bis ein Monat) | ☐ | ☐ |
| – Langfristig (länger als ein Monat) | ☐ | ☐ |
| – Über die Dauer soll die vertretungsberechtigte Person entscheiden. | ☐ | ☐ |

Bemerkungen:

---

### Künstliche Beatmung (↗), inkl. der damit verbundenen Massnahmen

Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus:

| | |
|---|---|
| Nein | ■ |
| Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person | ☐ |
| Ja – Kurzfristig (bis max. eine Woche) | ☐ |
| – Langfristig | ☐ |
| – Über die Dauer soll die vertretungsberechtigte Person entscheiden. | ☐ |

Bemerkungen:

---

## 10. Weitere Anordnungen

### Behandlungsort

Eine Behandlung auf der Intensivstation (↗) soll möglichst vermieden werden. ■

Ich wünsche in der letzten Lebensphase eine ambulante Betreuung zuhause.
Falls diese nicht mehr möglich ist, bin ich mit dem Eintritt in eine Institution
(Pflegeheim, Akut-Spital, Palliative-Care-Einrichtung, Hospiz) einverstanden. ■

### Weitere Angaben zu Pflege, Betreuung und psychosozialer Begleitung

Im Fall einer Urteilsunfähigkeit sind mir folgende Anliegen für meine Pflege und Betreuung wichtig (psychosoziale Begleitung, besondere Wünsche, z.B. Seelsorge oder Rituale):

Ich wünsche mir eine ruhige, würdevolle Betreuung, die sich konsequent an Symptomlinderung und Lebensqualität orientiert. Wenn möglich, möchte ich palliativ betreut werden, vorzugsweise in vertrauter Umgebung zu Hause. Unnötige Verlegungen, Untersuchungen und Eingriffe, die mein Befinden nicht verbessern, möchte ich vermeiden.

Ich möchte offen und ehrlich über meinen Zustand informiert werden, soweit ich das noch aufnehmen kann, und meine Vertrauensperson soll jederzeit umfassend informiert und in alle Entscheidungen einbezogen werden. Ich wünsche mir, dass nahestehende Personen wie z.B. meine Tochter oder meine Lebenspartnerin bei mir sein dürfen, wenn sie das möchten.

Seelsorgerische oder religiöse Begleitung wünsche ich nicht.

---

### Organspende

Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus:

☐ Ich verbiete die Entnahme von Organen, Geweben und Zellen aus meinem Körper.

☐ Die vertretungsberechtigte Person soll entscheiden.

☒ Ich gestatte im Fall meines Todes die Entnahme jeglicher Organe, Gewebe und Zellen und die damit verbundenen vorbereitenden organerhaltenden medizinischen Massnahmen.

☐ Ich gestatte im Falle meines Todes die Entnahme der unten gekennzeichneten Organe und die damit verbundenen vorbereitenden organerhaltenden medizinischen Massnahmen.
Sie können **mehrere** Organe ankreuzen:

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Herz | ☐ Bauchspeicheldrüse (Pankreas) | ☐ Nieren |
| ☐ Lunge | ☐ Augenhornhaut (Cornea) | ☐ Dünndarm |
| ☐ Leber | ☐ Haut | ☐ Weitere Gewebe und Zellen |

---

### Medizinische (klinische) Autopsie (↗)

Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus:

Ich gestatte eine Autopsie.

☒ Ja ☐ Nein ☐ Entscheidung durch vertretungsberechtigte Person

## Einsicht in den Autopsiebericht

Diese Rubrik muss nur ausgefüllt werden, wenn Sie unter «Medizinische (klinische) Autopsie» «Ja» angewählt haben:

☐ Ausser meinen behandelnden Ärztinnen und Ärzten ist niemandem Einsicht in den Autopsiebericht zu gewähren.

☒ Folgender Person bzw. folgenden Personen ist Einsicht in den Autopsiebericht zu gewähren:

☒ der vertretungsberechtigten Person ☐ folgender weiterer Person:

**Person** ☐ Frau ☐ Herr

Vorname, Name

Adresse

---

## Einsicht in mein Patientendossier nach meinem Tod

Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus:

☐ Ausser meinen behandelnden Ärztinnen und Ärzten ist niemandem Einsicht in mein Patientendossier zu gewähren.

☒ Folgender Person bzw. folgenden Personen ist Einsicht in mein Patientendossier zu gewähren:

☒ der vertretungsberechtigten Person ☐ folgender weiterer Person:

**Person** ☐ Frau ☐ Herr

Vorname, Name

Adresse

---

## Zu dieser Patientenverfügung habe ich weitere Vorsorgedokumente erstellt

(z.B. Vorsorgeauftrag (↗), Anordnung im Todesfall (↗), Körperspende (↗) etc.):

Vorsorgeauftrag ☐ Nein ☐ Ja, hinterlegt bei

Anordnung im Todesfall ☐ Nein ☐ Ja, hinterlegt bei

Hinterlegt bei

## 11. Ärztliche Bestätigung

Die nachfolgenden Angaben sind freiwillig:

**Ärztliche Bestätigung der Urteilsfähigkeit zum Zeitpunkt des Erstellens**
Erstellt durch:

☐ Frau ☐ Herr Vorname, Nachname

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Datum

Unterschrift, Stempel

## 12. Datum und Unterschrift

**Mit dieser Unterschrift stimme ich der Bearbeitung meiner Personendaten zu und bestätige, dass ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB (↗) vorsorge.redcross.ch) gelesen habe und ihnen zustimme. Weiter bekunde ich meinen rechtsverbindlichen Willen im Hinblick auf medizinische Massnahmen und weitere verbindliche Anordnungen im Fall der eigenen Urteilsunfähigkeit.**

Datum

Zürich, 02.11.2026

Unterschrift



Damit bei einem allfälligen Einsatz der Patientenverfügung nicht die Aktualität des Willens angezweifelt werden kann, ist ein möglichst zeitnahes Datum von Vorteil. Das SRK empfiehlt eine Aktualisierung alle zwei bis drei Jahre.