**Die behandelnden Aerzte haben diesen meinen Willen nach Ethik und Gesetz zu achten.**

# Patientenverfügung

**Ich setze hiermit einen GESUNDHEITSPATEN ein**,
der meine Vollmacht hat in Gesundheitsfragen **an meiner Stelle** und **bei Verlust meiner Urteilsfähigkeit** durch Bewusstlosigkeit, **sowie als Stellvertreter in allgemein gesundheitsrechtlichen Belangen in meinem Auftrag zu handeln**.

| | |
|---|---|
| Die Vollmacht erteilt: Geb.Dat:..... | **Die Vollmacht erhält:** Geb.Dat: ..... |
| Name, Vorname ..... | Name, Vorname ..... |
| Strasse ..... | Strasse ..... |
| PLZ, Ort ..... | PLZ, Ort ..... |
| Tel P ...../..... | Tel P ...../..... G ...../..... |

**Ich habe volles Vertrauen dass Er/Sie in meinem Sinne für mich entscheidet.**
Er kann für entstehende Schäden in seiner Tätigkeit als Pate nicht haftbar gemacht werden.

**MEIN WILLE**

Mein G-Pate hat **uneingeschränktes Einblicksrecht** in alle meine pers. Krankheitsakten, die Korrespondenz dazu, sowie ähnliche Papiere. Das **Arztgeheimnis** (Art28ZGB,Art321StGB) ist für Ihn aufgehoben.
- Das Arztgeheimnis darf nicht zu meinem Nachteil verwendet werden.

Die **Einverständnisvermutung** ist ausser Kraft.

Die **Rücksprachepflicht** des Arztes erstreckt sich auch auf: - die **Verabreichung von Medikamenten** - auf **Bluttransfusionen** und **Infusionen** allgemein - auf alle **Untersuchungs-,** und **Diagnosemethoden** - auf alle Massnahmen die in meiner Bewusstlosigkeit in Betracht gezogen werden. Handeln in der Annahme einer **„stillschweigenden Einwilligung“** und nach **„mutmasslichem Willen**“ gestehe ich nicht zu! (Art 28 ZGB) **Der Gesundheitspate kann entscheiden**. Er hat das Recht jede Behandlung in Frage zu stellen. Das **Notstandsrecht** ist bis auf ein Minimum eingeschränkt.

Die **Informationspflicht** des Arztes: - Ich akzeptiere nicht, bei **gewöhnlichen**, **besonderen, typischen** und **spezifische Risiken, statistisch nachgewiesenen Risiken** u.ä. Begründungen nicht informiert zu werden - Das **therapeutische Privileg** anerkenne ich nicht. (Art 123 St.GB)

**Folgendes lehne ich ab:** Grundlage Art 28 ZGB

- Ich lehne es ab geimpft zu werden.
- Ich will nicht mit Chemotherapie und Bestrahlung behandelt werden.
- Ich stehe in keinster Weise als Organspender zur Verfügung und lehne Transplantationen ab.
- Ich lehne Autopsien an meinem Körper ab. Einzig mein Gesundheitspate könnte dies veranlassen.
- Ich lehne Operationen grundsätzlich ab. - Ausnahmen müssten sehr gewichtige Gründe haben.
- Ich stehe nach meinem Tod nicht für allgemein medizinische Untersuchungen zur Verfügung.
- Ich lehne es ab, an klinischen Studien und allgemeinen Medikamentenversuchen teilzunehmen.
- Ich will keine Massnahmen, die bei unwiderruflichem Verlust von Urteils- und Entscheidungsfähigkeit nur noch eine Sterbens-, und oder eine Leidensverlängerung bedeuten würden.

**Mit dieser 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.**

| **Ich selber:** | **mein Gesundheitspate:** | **als Zeuge:** (rechtl. freiwillig) |
|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... |

**Ort Datum:**