

# ORGANSPENDE, OBDUKTION UND BESTATTUNGSART

## FÜR DEN TODESFALL

Im vollen Besitz meiner geistigen Kräfte, bei uneingeschränkter Urteilsfähigkeit, lege ich hier meinen Willen nieder für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, eine Entscheidung zu treffen oder eine Mitteilung zu machen.

### Bestattungsart: Ich verlange (zutreffendes ankreuzen)

- Erdbestattung (Unversehrtheit des Leibes): \_\_\_\_\_
- Kremation (Einäscherung) \_\_\_\_\_
- (Zutreffendes mit Unterschrift bestätigen & Nichtzutreffendes durchstreichen)

### Organspende/ich gestatte

- KEINE** Entnahme von Organen, Geweben und Zellen aus meinem Körper (Unversehrtheit des Leibes) **oder**
- die Entnahme jeglicher Organe, Gewebe und Zellen **oder**
- die Entnahme von Einzelteilen:**
- Herz  Lungen  Leber  Nieren  Dünndarm
- Bauchspeicheldrüse (Pankreas)  Augenhornhaut (Cornea)
- Haut  weiteren Geweben und Zellen
- Im Falle meines Todes soll über eine Entnahme folgende **Vertrauensperson** entscheiden (siehe Vorderseite):

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

(Zutreffendes ankreuzen und ergänzen & Nichtzutreffendes durchstreichen)

### Autopsie/Obduktion/Forschung

- Ich will ausdrücklich **KEINE** Autopsie/Obduktion (Unversehrtheit d. Leibes)
- Ich gestatte eine Autopsie/Obduktion zu med. Forschungszwecken (Zutreffendes ankreuzen & Nichtzutreffendes durchstreichen)

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

pers. Unterschrift: \_\_\_\_\_

Zeugen: \_\_\_\_\_

Meine detaillierten Verfügungen: siehe Vorderseite.

# PATIENTENVERFÜGUNG

## FÜR DEN FALL GESUNDHEITLICHER STÖRUNG

1) Sollte eine ernsthafte gesundheitliche Störung nicht unmittelbar zum Tode führen, bin ich dankbar für sinnvolle ärztliche Massnahmen, die nach bestem Wissen und Gewissen zur Besserung des Zustandes und zur Linderung eventueller Schmerzen durchgeführt werden.

2) Falls aber die elementarsten Lebensfunktionen so schwer geschädigt sind, dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine Besserung zu menschenwürdigem Dasein ausgeschlossen ist und der Zustand von sich aus unmittelbar zum Tode führen wird, wünsche ich keine lebensverlängernden Intensiv-Massnahmen.

3) Der behandelnde Arzt soll seinen Entscheid vorgängig mit fachkundigen und verantwortungsbewussten Kollegen sowie auch mit folgenden Personen besprechen – wobei ich ihn dafür vom Arztgeheimnis entbinde:

Name/Adresse/Ort/Telefon \_\_\_\_\_

4) Ich ersuche meinen Arzt, mir schmerzbekämpfende Mittel zu verabreichen, soweit – die Schmerzen erträglich gehalten werden bei möglichstster Erhaltung der geistigen Verfügbarkeit – unerträgliche Schmerzen gelindert werden.

5) Ich wünsche eine religiöse Betreuung.

Meine Religion: \_\_\_\_\_

rufen Sie bitte: \_\_\_\_\_

6) Ärzten, Pflegepersonal und allen Beteiligten danke ich für jede Hilfe, die sie mir für ein menschenwürdiges Sterben bieten.

7) Persönliches: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

pers. Unterschrift: \_\_\_\_\_