Kantonsspital Graubünden



© Kantonsspital Graubünden, Juli 2026

Kantonsspital Graubünden
Loëstrasse 170, 7000 Chur
+41 81 256 61 11 | ksgr.ch
KantonsspitalGR

IHRE WÜNSCHE FESTHALTEN

Patientenverfügung

Meine Patientenverfügung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, PLZ, Ort:

Im vollen Besitz meiner geistigen Kräfte, also im Zustand der Urteilsfähigkeit, und nach reiflicher Überlegung verfasse ich vorliegende Anordnungen.
Sie gelten für Situationen, in denen ich krankheits- oder unfallbedingt nicht mehr fähig bin, meinen Willen zu äussern.

Meine Vertretungspersonen

Ich ermächtige die hier aufgeführten Personen, meinen in vorliegender Patientenverfügung enthaltenen persönlichen Willen gegenüber den Ärzten/Ärztinnen und dem gesamten behandelnden Team geltend zu machen und durchzusetzen. Ich entbinde hiermit die Ärzte/Ärztinnen und das gesamte behandelnde Team von der Schweigepflicht gegenüber diesen Personen. Die erste Vertretungsperson ist so bald als möglich zu informieren und in die Entscheidungsfindung miteinzubeziehen. Ist sie nicht verfügbar, ist die zweite Vertretungsperson zu kontaktieren.

1. Vertretungsperson

Name, Vorname:

Strasse, PLZ, Ort:

Telefon privat: geschäftlich:

E-Mail:

2. Vertretungsperson

Name, Vorname:

Strasse, PLZ, Ort:

Telefon privat: geschäftlich:

E-Mail:

Ich möchte, dass folgende Personen mich weder aufsuchen noch in die Entscheidung miteinbezogen werden:

Mein Gesundheitszustand

Meine Werteerklärung

Persönliche Einstellungen, Werte, Wünsche und Ängste in Bezug auf Gesundheit, Krankheit und Tod sind für das Behandlungsteam eine wertvolle Orientierung.
Sie haben hier die Möglichkeit, schriftlich festzuhalten, was Ihnen im Leben wichtig ist, vom Körperlichen, vom Seelischen her. Was bedeutet für Sie Lebensqualität? Welche Erfahrungen aus dem persönlichen Umfeld mit Krankheit, Hilfsbedürftigkeit, Sterben und Tod sind für Sie prägend?

Mein Arzt / meine Ärztin

Name, Vorname:

Strasse, PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Medizinische Massnahmen

Bitte Zutreffendes mit «ja», nicht Zutreffendes mit «nein» kennzeichnen. Falls Sie sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht entscheiden können, wählen Sie «weiss nicht»:

Behandlungsziel

Ich wünsche, dass medizinische Massnahmen vorrangig der Erhaltung des Lebens dienen. Dies schliesst die Linderung des Leidens mit ein. Allfällige Beschwerden, welche aus der lebenserhaltenden Behandlung entstehen, nehme ich in Kauf. Ich möchte erst dann sterben, wenn alle medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft sind.

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiss nicht

ODER, FALLS «nein»:
Ich wünsche, dass medizinische Massnahmen vorrangig meinem Wohlbefinden und der Linderung des Leidens dienen. Die Behandlung krankheitsbedingter Symptome (z. B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst) hat Vorrang. Mir ist klar, dass dadurch mein Leben verkürzt werden kann.

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiss nicht

Bemerkungen:

Einwilligung bzw. Ablehnung einzelner medizinischer Massnahmen

1. Reanimation
Im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes gestatte ich die Durchführung von Wiederbelebungsversuchen (Cardiopulmonale Reanimation wie Herzmassage, Defibrillation, Intubation, Beatmung).

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiss nicht

2. Behandlung von Schmerzen, Atemnot, Unruhe, Angst, Übelkeit
Ich will eine Behandlung krankheitsbedingter Symptome, die sich an den Prinzipien der palliativen (Leiden lindernden) Medizin orientiert.

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiss nicht

3. Zufuhr von Flüssigkeit, Nahrung und Medikamenten
Bin ich nicht fähig, Nahrung, Flüssigkeit oder Medikamente auf natürlichem Wege über den Mund aufzunehmen,

a) gestatte ich die künstliche Zufuhr von Nahrung, Flüssigkeit und Medikamenten.

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiss nicht

b) gestatte ich die Einlage einer Ernährungssonde.

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiss nicht

4. Weitere Massnahmen, Bemerkungen:

Eigene Wünsche und Bedürfnisse

Am Lebensende

Pflege-/Sterbeort:

Pflegerische Betreuung:

Seelsorgerische oder spirituelle Begleitung und Ritual:

Bemerkungen oder Ergänzungen:

Nach dem Tod

Einsichtnahme in die Krankengeschichte durch die Vertretungspersonen: ☐ Ja ☐ Nein

Autopsie: ☐ Ja ☐ Nein

Organspende: ☐ Ja ☐ Nein

Falls mit «ja» beantwortet: Welche Organe? (Herz, Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse, Niere, Hornhaut, Herzklappe, ...):

Bemerkungen (z. B. Art der Bestattung):

Hinterlegung

Eine Kopie meiner Patientenverfügung befindet sich

in der Krankengeschichte des Kantonsspitals Graubünden: ☐ Ja ☐ Nein

bei meiner ersten Vertretungsperson: ☐ Ja ☐ Nein

bei meiner zweiten Vertretungsperson: ☐ Ja ☐ Nein

bei meinem Arzt/meiner Ärztin: ☐ Ja ☐ Nein

bei meinen amtlichen Unterlagen zu Hause: ☐ Ja ☐ Nein

Anderer Hinterlegungsort:

Weitere persönliche Verfügungen

Vollmacht: ☐ Ja ☐ Nein

Hinterlegungsort:

Vorsorgeauftrag: ☐ Ja ☐ Nein

Hinterlegungsort:

Bestattungsverfügung: ☐ Ja ☐ Nein

Hinterlegungsort:

Weitere wichtige Dokumente mit Hinterlegungsort:

Beratungsgespräch

Ein Beratungsgespräch hat stattgefunden: ☐ Ja ☐ Nein

Ort, Datum:

Beratende Person (Name, Vorname, Adresse, Telefon):

Handschriftliche Unterzeichnung

Ort, Datum:

Unterschrift:

Aktualisierung

Wir empfehlen Ihnen, Ihre Patientenverfügung regelmässig oder wenn sich Ihre Lebensumstände oder Ihre gesundheitliche Situation ändert, zu überprüfen und allenfalls anzupassen, neu zu datieren und zu unterschreiben:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Persönlicher Trägerausweis

Wir empfehlen Ihnen, den Trägerausweis stets bei sich zu tragen.

Patientenverfügungsausweis für:

Name, Vorname:

Strasse:

PLZ, Ort:

Ich habe eine Patientenverfügung hinterlegt: ☐ Ja ☐ Nein

Meine Vertretungspersonen:

Name, Vorname:

Strasse:

PLZ, Ort:

Telefon:

Name, Vorname:

Strasse:

PLZ, Ort:

Telefon: