

Patienten-Testament

**An meine Angehörigen und meinen Arzt:
Diese Erklärung habe ich**

Name Vorname.....

Adresse

Bürgerort(e)

Geburtsort Geburtsdatum

nach sorgfältiger Überlegung und im Besitz meiner vollen geistigen Kräfte abgefasst.

Wenn der Zeitpunkt kommt, in dem ich nicht mehr in der Lage bin, über meine eigene Zukunft zu bestimmen, soll diese Erklärung als meine Willensäußerung betrachtet werden:

Falls für meine Genesung von physischer Krankheit oder Schwäche keine berechtigten Aussichten bestehen und ich erwarten muss, von schweren Leiden geplagt zu werden und nicht mehr imstande bin ein vernunftgemässes Dasein zu fristen, verlange ich, sterben zu dürfen und nicht durch künstliche Mittel am Leben erhalten zu werden. Zudem sollen mir schmerzstillende Medikamente in ausreichender Menge verabreicht werden, auch wenn dadurch der Tod beschleunigt wird.

Ort Datum Unterschrift

Bestätigung: Möglichst jährlich erneuern!

Ort Datum Unterschrift

Ort Datum Unterschrift

Ort Datum Unterschrift

Ort Datum Unterschrift

Ort Datum Unterschrift

Ort Datum Unterschrift