Meine Verfügungen für den Todesfall

Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden.
Psalm 90,12

Meine Verfügungen für den Todesfall

Dieses Heft soll meinen Angehörigen und Freunden eine Hilfe sein, wenn mein Weg hier auf Erden zu Ende geht. Es enthält meine Wünsche und Verfügungen, die nicht ins Testament gehören. Ich rechne damit, dass die Anordnungen in diesem Heft eingehalten werden.

Name:	
Vorname/-n:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Heimatort:	
Wohnadresse:	
AHV-Nummer:	

Missionswerk Mitternachtsruf
Ringwiesenstrasse 12a
CH 8600 Dübendorf
Tel. +41 (0)44 952 14 14
Fax. +41 (0)44 952 14 11
email: post@mnr.ch
www.mitternachtsruf.ch

Seniorenzentrum Zion
Ringwiesenstrasse 14
CH 8600 Dübendorf
Tel. +41 (0)44 802 18 18
Fax. +41 (0)44 802 18 19
email: info@sz-zion.ch
www.sz-zion.ch

Patientenverfügung (siehe separate Beilage)

Grundsätzliche Hinweise

- Jede urteilsfähige Person kann eine Patientenverfügung verfassen und damit festlegen, welchen medizinischen Massnahmen sie im Falle ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder eben nicht zustimmt.
- Jede Patientenverfügung muss von der verfügenden Person selber ausgefüllt werden, das Erstellungsdatum und ihre Unterschrift enthalten.
- Die Patientenverfügung ist grundsätzlich unbeschränkt gültig. Es empfiehlt sich jedoch, diese alle zwei Jahre neu zu datieren und zu unterschreiben oder, wenn der Inhalt angepasst werden soll, gänzlich neu zu verfassen.
- Es empfiehlt sich sehr, eine Vertrauensperson (inkl. Ersatzperson) in der Patientenverfügung festzulegen.
- **Die Patientenverfügung kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie dem Behandlungsteam auch zur Verfügung steht.** Übergeben Sie deshalb eine Kopie der Patientenverfügung Ihrem Hausarzt sowie Ihren Vertrauenspersonen.
- Je klarer eine Patientenverfügung ist und je konkreter sie auf die aktuelle medizinische Situation zutrifft, desto weniger Auslegungsprobleme ergeben sich und desto mehr Gewicht kommt der Verfügung im Entscheidungsprozess zu. Die Patientenverfügung der FMH kann ergänzt werden.

Ich wünsche eine Begleitung durch einen Seelsorger

Name:

Telefon:

E-Mail:

Ich gehöre nachfolgender Glaubensgemeinschaft an

Name:

Ort:

Bemerkungen/Ergänzungen:

Ort/Datum:

Unterschrift:

Meine Verfügungen für den Todesfall

Sofort zu benachrichtigende Personen und Institutionen/Ämter

Hausarzt (zur Erstellung der Todesbescheinigung, wenn nicht anderweitig erstellt)

Name:

Telefon:

Meine nächsten Angehörigen, Freunde

Name:

Telefon:

Name:

Telefon:

Name:

Telefon:

Name:

Telefon:

Gemeindeleiter/Pastor

Name:

Telefon:

Zivilstandsamt des Sterbeortes

Die Meldung muss innert zweier Tage von den nächsten Angehörigen erfolgen.
Folgende Dokumente werden dazu benötigt:

- Todesbescheinigung (vom Arzt ausgefüllt)
- Familienbüchlein (Verheiratete)
- Schriftenempfangsschein (Meldebestätigung)
- Niederlassungsbewilligung und Pass (bei Ausländern)

Unfallversicherung

Name:

Telefon:

Police-Nr.:

Lebensversicherung

Name:

Telefon:

Police-Nr.:

Arbeitgeber/Geschäftspartner

Name:

Telefon:

Vermieter

Name:

Telefon:

Vertrauensperson/-en

Ich wünsche, dass nach meinem Tod folgende Person/-en meines Vertrauens beigezogen wird/werden als Berater/-in in allen administrativen Angelegenheiten. Sie hat/haben Kenntnis von meinen Wünschen und meinem Nachlass.

Name:

Telefon:

Name:

Telefon:

Name:

Telefon:

Aufbewahrungsorte von Schriften/Wertsachen

Familienbüchlein:	
Schriftenempfangsschein/ Niederlassungsbewilligung:	
Pass:	
Versicherungspolicen:	
Verträge:	
Wichtige Schlüssel:	
Wertsachen:	
Dienstbüchlein:	
Letzte Steuererklärung:	
Unterlagen Bankkonten:	
Unterlagen Postkonten:	
Weitere wichtige Schriftstücke:	

Bestattung

- ☐ Ich möchte vom Angebot der unentgeltlichen Bestattung Gebrauch machen (nicht in jeder Gemeinde möglich).
- ☐ Ich wünsche eine Erdbestattung.

Sarg

- ☐ Ich überlasse die Sargwahl meinen Angehörigen.
- ☐ Ich wünsche einen möglichst einfachen Sarg.
- ☐ Ich wünsche eine mittlere Kategorie.
- ☐ Ich wünsche eine spezielle Ausführung:

Grab (nicht jede Gemeinde bietet eine Auswahl an)

- ☐ Ich überlasse die Grabwahl meinen Angehörigen.
- ☐ Ich wünsche ein Reihengrab.
- ☐ Ich wünsche ein Familiengrab.
- ☐ Ort/Friedhof:

Todesanzeige

- ☐ Ein Entwurf für meine Todesanzeige liegt bei.
- ☐ Ich bitte die nächsten Angehörigen/Freunde, eine Todesanzeige für mich aufzusetzen.
- ☐ Ich wünsche keine Todesanzeige.
- ☐ Die Todesanzeige soll in folgender/folgenden Zeitung/-en erscheinen:

- ☐ Für den Versand der Anzeigen lege ich eine Adressliste bei.
- ☐ Anstatt Blumen zu spenden, bitte ich, folgende Institution zu berücksichtigen:

Name:

Bank-/Postkonto:

Abschiedsfeier

☐ Ich wünsche eine öffentliche Bestattung mit Abdankung
- ☐ im Saal des Missionswerkes Mitternachtsruf.
- ☐ in der Friedhofkapelle.
- ☐ in der Kirche:

Name:

Ort:

☐ Ich wünsche eine Bestattung im engsten Familienkreis
- ☐ mit anschliessender öffentlicher Abdankung
- ☐ mit anschliessender Abdankung im Familienkreis
- ☐ im Saal des Missionswerkes Mitternachtsruf.
- ☐ in der Friedhofkapelle.
- ☐ in der Kirche:

Name:

Ort:

Die Abdankung soll gehalten werden von

☐ einem Prediger des Missionswerkes Mitternachtsruf.

Name:

Telefon:

☐ dem örtlichen Pfarrer.

Name:

Telefon:

Ich wünsche eine Abdankung

☐ mit Lebenslauf und biblischer Ansprache.

☐ mit Hinweisen auf mein Leben und biblischer Ansprache.

☐ ohne Lebenslauf, aber mit biblischer Ansprache.

☐ gewünschter Bibeltext:

☐ Lebenslauf oder Angaben dazu befinden sich an folgendem Ort:

☐ Lebenslauf oder Angaben dazu sind dieser Verfügung beigelegt.

- ☐ Ich wünsche, dass nach der Abdankungsfeier folgende Personen zu einem Leidmahl eingeladen werden:
  - ☐ meine Angehörigen, Freunde und Bekannten
  - ☐ nur der engste Familienkreis

  - ☐ Freie Wahl des Ortes
  - ☐ Ort:

- ☐ Ich wünsche kein Leidmahl.

Grabstein

- ☐ Ich überlasse die Grabsteinwahl meinen Angehörigen.
- ☐ Ich wünsche einen möglichst einfachen Grabstein.
- ☐ Ich wünsche eine mittlere Kategorie.
- ☐ Ich wünsche eine spezielle Ausführung:

Als Grabsteininschrift wünsche ich:

Bemerkungen/Ergänzungen:

Nachlassregelung

Mein Testament oder meine letztwillige Verfügung ist hinterlegt:

- ☐ bei meiner Wohnsitzgemeinde (Art. 505 Abs. 2 ZGB)
- ☐ beim Notar oder einer anderen Urkundsperson:

- ☐ bei folgender Privatperson:

- ☐ im Behältnis:

Das eigenhändige Testament ist vollständig von Hand zu schreiben und mit Datum und Unterschrift zu versehen (Art. 505 Abs.1 ZGB).
Um sicher zu stellen, dass das Testament formell richtig ist, kann ein Notar oder eine andere sachverständige Person ins Vertrauen gezogen werden.
Für Ehepaare ist der Abschluss eines Ehe- und Erbvertrages (mit einem Notar) möglich.

Zu meinem Willensvollstrecker bestimme ich (Art. 517 ZGB):

Name:	
Vorname/-n:	
Wohnadresse:	

Je nach Situation ist eine Erbschaftsverwaltung durch einen Willensvollstrecker sinnvoll. Die Einsetzung eines Willensvollstreckers gemäss Art. 517 ZGB ist jedoch nicht zwingend.
In den meisten Fällen nimmt das Nachlassverfahren wie folgt seinen Lauf:

1. Aufnahme des Siegelungsprotokolls und Sicherung des Nachlassvermögens durch eine beauftragte Person der Wohnsitzgemeinde (in allen Kantonen ähnliches Verfahren)
2. Der Regierungs- oder Bezirksstatthalter entscheidet über:
   - Verzicht auf ein amtliches Steuerinventar (in diesem Fall haben die Angehörigen das Nachlassvermögen bei der Steuerbehörde zu deklarieren)
   - Anordnung eines Erbschaftsinventars (nur durch eine Urkundsperson oder einen Notar – hier geht es nur um die steuerrechtliche Erledigung)
3. Über eine erbrechtliche Auseinandersetzung entscheiden die Erben, wo es nicht anders angeordnet ist, frei (hier kann ein Notar, der z.B. das Inventar aufgenommen und eingereicht hat, beratend mithelfen und den Erben Teilungsvorschläge unterbreiten und die Teilung vollziehen).

Beilagen

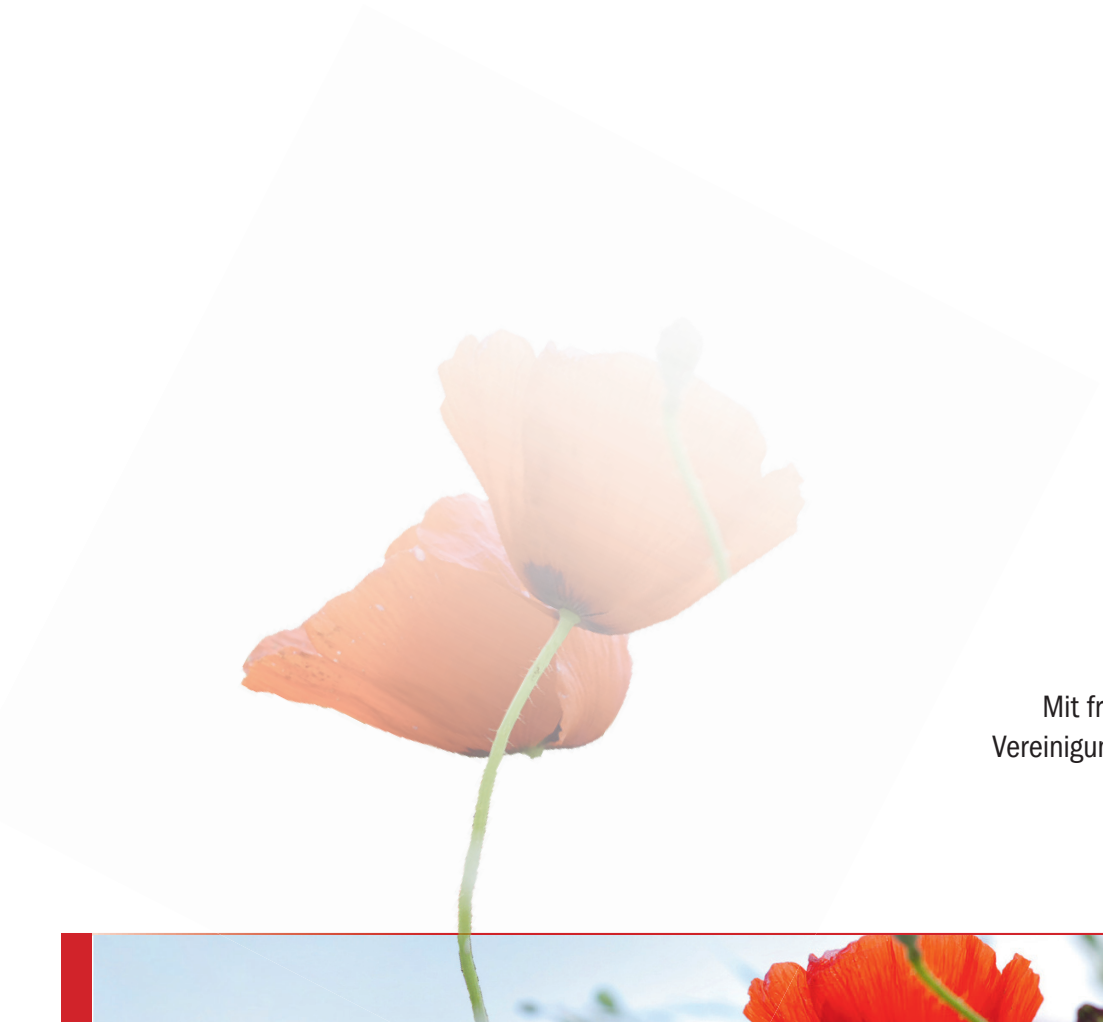
- ☐ Kopie Patientenverfügung
  - ☐ Original ist bei:
  - ☐ Kopie ist bei:
- ☐ Lebenslauf
  - ☐ Lebenslauf aufbewahrt an folgendem Ort:
- ☐ Testament
  - ☐ Testament hinterlegt an folgendem Ort:
- ☐ Entwurf für meine Todesanzeige
- ☐ Adressliste für den Versand der Todesanzeige
- ☐
- ☐

Unterschrift

Ich erkläre hiermit, dass ich diese Verfügung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und nach reiflicher Überlegung verfasst und unterschrieben habe.

Ort, Datum:

Unterschrift:



Mit freundlicher Genehmigung der
Vereinigung Freier Missionsgemeinden
3113 Rubigen

Patientenverfügung

Name:	Vorname:
Strasse/Nr.:	PLZ/Wohnort:
Geburtsdatum:	Heimatort:
Konfession/Kirchen- od. Gemeindezugehörigkeit:	

☐ **Für den Fall, dass einmal ein Zeitpunkt kommen sollte, wo ich nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äussern, verfüge ich Folgendes:**

Ich will, dass keine Wiederbelebung durchgeführt wird und dass lebensverlängernde Massnahmen unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und der Verlauf der Krankheit nicht mehr aufgehalten werden kann oder wenn das Gehirn durch Unfall oder Krankheit so schwer und dauerhaft geschädigt ist, dass mit grosser Wahrscheinlichkeit keine Aussicht auf Wiederherstellung des Bewusstseins besteht.

Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von belastenden Symptomen (z.B. Schmerzen, Atemnot, Durst, Angst, Übelkeit) gerichtet sein, auch wenn durch die notwendige Behandlung unbeabsichtigt die mir noch verbleibende Lebensspanne verkürzt wird. In der **Endphase** einer unheilbaren Krankheit wünsche ich die Unterlassung künstlicher Ernährung oder künstlicher Flüssigkeitszufuhr.

Ich will nicht, dass meinem Körper Organe, Gewebe und Zellen entnommen werden.

Ich unterschreibe meine Patientenverfügung nach reiflicher Überlegung und im Vollbesitz meiner Urteilsfähigkeit. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hier bekundeten Willens unterstellt wird.

Ort, Datum und Unterschrift

☐ **In Abänderung dieser Patientenverfügung wünsche ich ausdrücklich, dass lebensverlängernde Massnahmen zur Anwendung kommen.**

Ort, Datum und Unterschrift

Missionswerk Mitternachtsruf
Ringwiesenstrasse 12a
CH 8600 Dübendorf
Tel. +41 (0)44 952 14 14
Fax. +41 (0)44 952 14 11
email: post@mnr.ch
www.mitternachtsruf.ch

Seniorenzentrum Zion
Ringwiesenstrasse 14
CH 8600 Dübendorf
Tel. +41 (0)44 802 18 18
Fax. +41 (0)44 802 18 19
email: info@sz-zion.ch
www.sz-zion.ch

Besondere Anordnungen:

Für jeweilige auftretende Probleme, die Entscheidungen über das weitere Vorgehen bedürfen, verlange ich, dass die verantwortlichen Ärzte mit folgender Person und/oder folgendem Arzt meines Vertrauens Rücksprache nehmen. Die bevollmächtigte Person soll an meiner Stelle alle erforderlichen Entscheidungen über meine ärztliche Behandlung – nach meinem Willen und im Sinne meiner Patientenverfügung – treffen. Zu diesem Zweck entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte und das Pflegepersonal meiner bevollmächtigten Person gegenüber von der Schweigepflicht:

1. Name/Vorname:

Adresse:

Telefon/E-Mail:
(falls vorhanden)

Ort, Datum und Unterschrift

2. Name/Vorname:

Adresse:

Telefon/E-Mail:
(falls vorhanden)

Ort, Datum und Unterschrift

Missionswerk Mitternachtsruf
Ringwiesenstrasse 12a
CH 8600 Dübendorf
Tel. +41 (0)44 952 14 14
Fax. +41 (0)44 952 14 11
email: post@mnr.ch
www.mitternachtsruf.ch

Seniorenzentrum Zion
Ringwiesenstrasse 14
CH 8600 Dübendorf
Tel. +41 (0)44 802 18 18
Fax. +41 (0)44 802 18 19
email: info@sz-zion.ch
www.sz-zion.ch