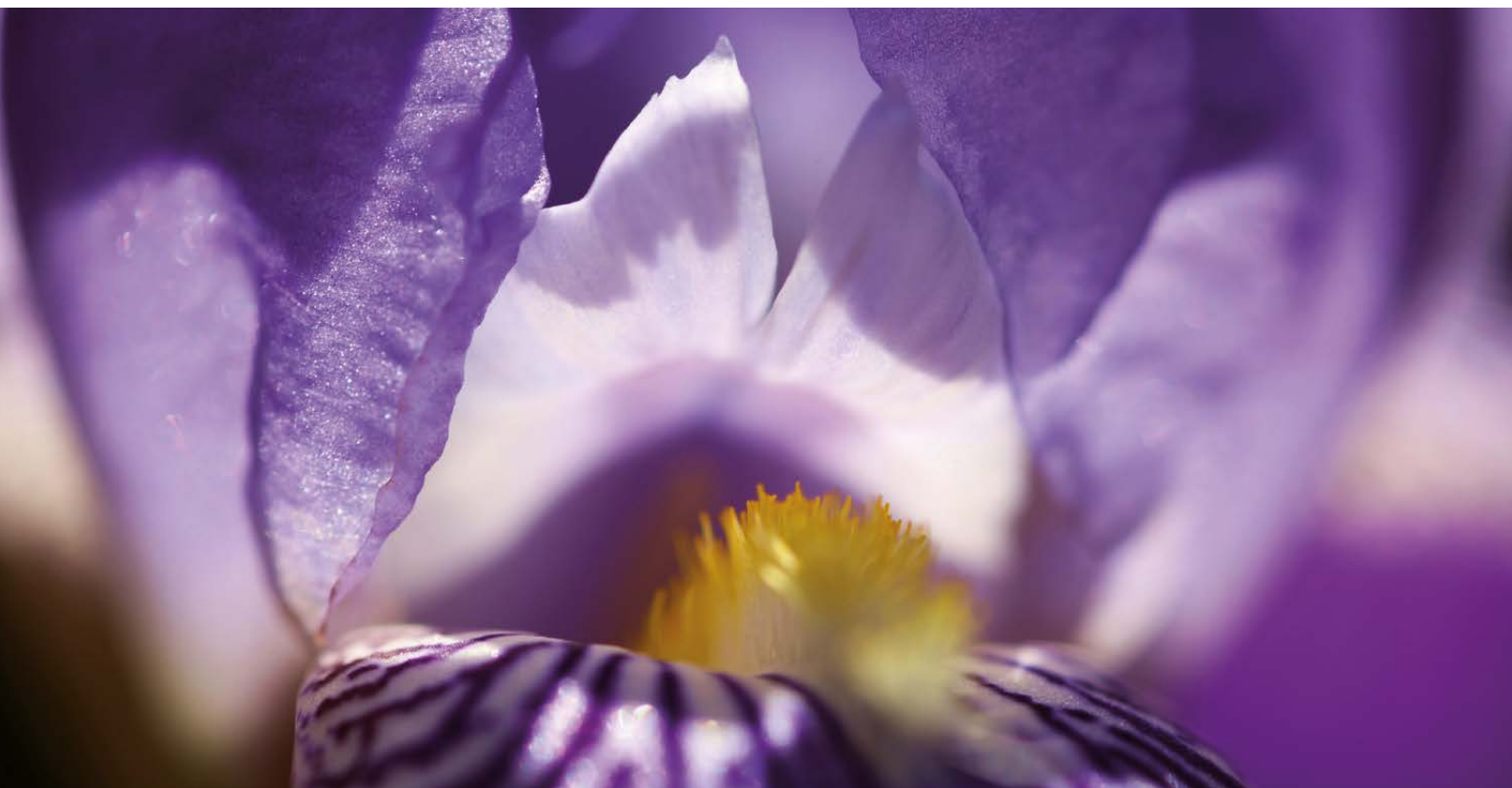




Patientenverfügung der Krebsliga

Mein verbindlicher Wille
im Hinblick auf Krankheit,
Sterben und Tod

Patientenverfügung von



Impressum

Herausgeberin

Krebsliga Schweiz
Effingerstrasse 40
Postfach
3001 Bern
Tel. 031 389 91 00
Fax 031 389 91 60
info@krebsliga.ch
www.krebsliga.ch

Projektleitung

Eva Waldmann, Programmleiterin Rehabilitation
und Palliative Care, Krebsliga Schweiz, Bern

Text

Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle, Leiterin Institut
Dialog Ethik, Zürich
Lic. phil. Patrizia Kalbermatten-Casarotti, MAS,
wissenschaftliche Mitarbeiterin Patientenverfügung,
Institut Dialog Ethik, Zürich
Lic. phil. Daniela Ritzenthaler-Spielmann, wissen-
schaftliche Mitarbeiterin Patientenverfügung, Institut
Dialog Ethik, Zürich
Eva Waldmann, Krebsliga Schweiz, Bern

Fachberatung

Dr. med. Hans Neuenschwander, Hospice Ticino
und IOSI, Lugano
Dr. med. Claudia Mazzocato, PD, MER, service de
soins palliatifs, CHUV, Lausanne
Dr. med. Ueli Grüninger, Geschäftsführer Kollegium
für Hausarztmedizin (KHM), Bern
Irma Boving, Pflegefachfrau Onkologie, Mitarbeiterin
des Krebstelefons, Krebsliga Schweiz, Bern
Klara Högger, dipl. Pflegefachfrau AKP, Sozialberaterin,
Krebsliga St. Gallen-Appenzell
Anne-Lise Bezençon, Sozialarbeiterin, Krebsliga Wallis

Redaktion

Lic. phil. Catherine Bass, MAS Palliative Care
und Thanatologie IUKB, Bubikon
Verena Marti, Publizistiksupport, Krebsliga Schweiz, Bern
Lic. phil. Sabine Jenny, Programmleiterin Krebs-
informationsdienst, Krebsliga Schweiz, Bern

Fotos

ImagePoint AG, Zürich

Design

Krebsliga Schweiz, Bern

Druck

Ast & Fischer AG, Wabern

Diese Patientenverfügung ist auch in französischer
und italienischer Sprache erhältlich.

© 2016, 2013, 2009, Krebsliga Schweiz, Bern
3., unveränderte Auflage

In Zusammenarbeit mit



*Dieses Dokument soll Sie ermutigen, sich mit wichtigen
Fragen der letzten Lebensphase auseinanderzusetzen, ide-
alerweise gemeinsam mit Menschen Ihres Vertrauens. Im
ausgefüllten Dokument – Ihrer Patientenverfügung – hal-
ten Sie fest, wie entschieden werden soll, falls Sie selber
nicht mehr dazu in der Lage sind.*

*Diese Patientenverfügung geht vertieft auf spezifische
Fragen ein, die sich bei einer Krebserkrankung stellen
können.*

*Ergänzende hilfreiche Informationen finden Sie in der
Broschüre «Selbstbestimmt bis zuletzt – aber wie? Weg-
leitung zum Erstellen einer Patientenverfügung». Sie
bietet Anregungen und Hinweise, was beim Ausfüllen
einer Patientenverfügung zu beachten ist.*

Die Bestellmöglichkeit finden Sie im Anhang auf Seite 34.

Personalien

Dieses Kapitel sollten Sie zuerst und in jedem Fall ausfüllen

Generell gilt:

- Zutreffendes bitte ankreuzen ().
- Datieren und unterschreiben Sie das Dokument von Hand.
- Wenn Sie das Dokument von Hand ausfüllen, schreiben Sie bitte gut lesbar.

Vorname/Name _____

Strasse/Hausnummer _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Mobile _____

Geburtsdatum _____

Heimatort _____

Religion/Konfession _____

Behandelnder Arzt

Vorname/Name _____

Adresse _____

Telefon Geschäft _____

Mobile _____

E-Mail _____

Vorwort

Das Ausfüllen einer Patientenverfügung ist für viele Menschen nicht einfach. Krankheit, Sterben und Tod sind Themen, die wir lieber aus unserem Alltag verdrängen. Wer aber den Schritt trotzdem wagt, erlebt oft eine Beruhigung und Erleichterung.

Eine Patientenverfügung hilft, sich selbst, den Angehörigen und dem Behandlungsteam Klarheit darüber zu verschaffen, was Sie an Ihrem Lebensende wollen und vor allem auch, was Sie nicht wollen. Die Patientenverfügung ist Ausdruck Ihres vorgängig festgelegten Willens, falls Sie nicht mehr urteilsfähig sein sollten. Sie halten damit fest, wie entschieden werden soll, falls Sie dazu selber nicht mehr in der Lage sind.

Sprechen Sie mit Ihren Angehörigen und Nächsten, der vertretungsberechtigten Person, Ihrem Arzt, Ihrer Ärztin und anderen Menschen, denen Sie vertrauen, über Ihre Entscheidungen. Solche Gespräche können bei der Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen weiterhelfen.

Aufbewahrungsort

Sorgen Sie dafür, dass die Patientenverfügung auffindbar ist, wenn sie gebraucht wird. Geben Sie Ihren vertretungsberechtigten Personen und evtl. Ihrem Hausarzt oder der behandelnden Ärztin eine aktuelle Kopie. Stellen Sie sicher, dass die Personen, die eine Kopie Ihrer aktuellen Verfügung haben, bereit sind, diese bei Bedarf ins Spital zu bringen.

Sie können den Aufbewahrungsort Ihrer Patientenverfügung auf Ihrer Versichertenkarte digital speichern. Bitten Sie Ihren Arzt/Ihre Ärztin, diese Speicherung für Sie vorzunehmen.

Hinten finden Sie eine Karte zum Herausnehmen, auf der Sie eintragen können, dass Sie eine Patientenverfügung haben und bei wem diese hinterlegt ist. Im Notfall kann es sehr nützlich sein, diese Karte bei sich zu tragen, z. B. im Portemonnaie.

Seit 2013 sind Ärzte und Ärztinnen im Spital verpflichtet, bei der Behandlung eines urteilsunfähigen Patienten/einer Patientin abzuklären, ob eine Patientenverfügung vorhanden ist, indem sie nach einem Hinweis auf der Versichertenkarte suchen. Daher ist die Speicherung des Aufbewahrungsortes der Patientenverfügung auf der Versichertenkarte sehr wichtig.

Im Anhang auf Seite 34 finden Sie eine Internetadresse, unter der Sie weiterführende Informationen zur Versichertenkarte erhalten. Die kantonalen Krebsligen (Adressen siehe S. 35) beraten Sie kostenlos beim Ausfüllen Ihrer Patientenverfügung. Zum Thema Patientenverfügung ist auch eine Broschüre erhältlich (siehe S. 34).

Wird im Text nur die männliche oder weibliche Form verwendet, gilt sie jeweils für beide Geschlechter.

Inhalt

Lassen Sie sich Zeit und regeln Sie die Punkte, die Ihnen im Moment wichtig sind. Das nachfolgende Inhaltsverzeichnis mit Datum macht es möglich, dass Sie nicht alle aufgeführten Kapitel/Punkte schon von Anfang an ausfüllen müssen.

Für das Behandlungsteam ist es hilfreich, einen Überblick über die ausgefüllten Kapitel/Punkte zu haben. Bitte notieren Sie hinter der Seitenzahl, wann Sie die einzelnen Punkte ausgefüllt haben.

Denken Sie daran, bei Ergänzungen oder Änderungen auch hinten auf Seite 32 das Datum der Aktualisierung zu notieren und zu unterschreiben.

	Seite	Ausgefüllt am
Personalien	3	_____
Vorwort	4	_____
Adressaten	6	_____
Vertretungsberechtigte Person	6	_____
Was mir im Leben wichtig ist	10	_____
Medizinische Anordnungen	13	_____
Linderung von Schmerzen	13	_____
Linderung von Atemnot	14	_____
Linderung von anderen Symptomen	15	_____
Ernährung	16	_____
Flüssigkeit	18	_____
Lebenserhaltende Massnahmen	18	_____
Reanimation	19	_____
Betreuung und Begleitung	20	_____
Einweisung in ein Akutspital	20	_____
Sterbeort	21	_____
Begleitung	21	_____
Religiöse Handlungen	23	_____
Nach meinem Tod	24	_____
Medizinische Forschung	24	_____
Verfügung über meinen Körper	25	_____
Einsichtnahme in meine Patientendokumentation	27	_____
Bestattung und Abdankung	28	_____
Was mir sonst noch wichtig ist	30	_____
Datierung und Unterzeichnung	31	_____
Aktualisierungen	32	<u>nur auf Seite 32 ausfüllen</u>
Wichtige Dokumente und ihr Aufbewahrungsort	33	_____
Anhang	34	_____

Adressaten

Diesen Teil sollten Sie in jedem Fall ausfüllen

Solange ich urteilsfähig bin, kann ich selbst jeder Therapie, die mir der behandelnde Arzt oder die Ärztin vorschlägt, zustimmen oder diese ablehnen.

Der medizinische Fortschritt ermöglicht es heute vielen Menschen, länger und mit einer besseren Lebensqualität zu leben als früher. Neue medizinische Handlungsmöglichkeiten können jedoch auch zu neuen Problemsituationen führen. Ich habe als autonome, urteilsfähige Person das Recht, auf medizinische und pflegerische Massnahmen zu verzichten, wenn sie mir nicht wünschenswert erscheinen. Umgekehrt kann ich Massnahmen, soweit sie nach den Regeln der medizinischen resp. pflegerischen Kunst angemessen sind, auch einfordern. Darum verlange ich, dass mein Wille respektiert wird.

Mit meinen Anordnungen möchte ich die vertretungsberechtigten Personen sowie das Behandlungsteam entlasten. Die Verfügung gibt ihnen Anhaltspunkte, wie in meinem Sinne entschieden und gehandelt werden soll, wenn ich nicht in der Lage bin, selber zu entscheiden.

Vertretungsberechtigte Person

Die vertretungsberechtigte Person

- *erhält Informationen über den Gesundheitszustand und über die Prognose zum weiteren Verlauf der Erkrankung der urteilsunfähigen Person*
- *wird in Entscheidungen zur Behandlung und Betreuung einbezogen*
- *setzt den in der Patientenverfügung festgelegten Willen durch*
- *stimmt, stellvertretend für die urteilsunfähige Person, vorgesehenen medizinischen Massnahmen zu oder lehnt diese ab*
- *entscheidet bei medizinischen und pflegerischen Fragen, die in der Patientenverfügung nicht geregelt sind, im Sinne der Verfügung und gemäss dem mutmasslichen Willen der urteilsunfähigen Person*
- *darf über eine allfällige Entnahme von Organen, Gewebe oder Zellen entscheiden, unter Vorbehalt der Anordnungen unter «Verfügung über meinen Körper» auf Seite 25 dieser Patientenverfügung*

Ich habe diese Patientenverfügung mit den im Folgenden aufgeführten Personen besprochen.

Den genannten Personen gegenüber entbinde ich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie die Pflegenden von ihrer Schweigepflicht.

Vertretungsberechtigte Person

Vorname/Name

Adresse

Geburtsdatum

Telefon Privat/Telefon Geschäft

Mobile/E-Mail

Art der Beziehung

Evtl. Abmachungen

Ersatzpersonen

Kann meine obengenannte vertretungsberechtigte Person ihre Funktion nicht ausüben, sind folgende Personen der Reihe nach berechtigt, deren Aufgaben zu übernehmen.

Vorname/Name

Adresse

Geburtsdatum

Telefon Privat/Telefon Geschäft

Mobile/E-Mail

Art der Beziehung

Evtl. Abmachungen

Vorname/Name _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____

Telefon Privat/Telefon Geschäft _____

Mobile/E-Mail _____

Art der Beziehung _____

Evtl. Abmachungen _____

Keine persönlich ernannte vertretungsberechtigte Person

Wenn ich auf der vorhergehenden Seite keine vertretungsberechtigte Person ernannt habe, hat der unten aufgeführte Personenkreis in dieser Reihenfolge automatisch das Recht, stellvertretend für mich zu entscheiden.

Es sind dies per Gesetz (Art. 378 des Zivilgesetzbuches):

- *der Beistand oder die Beiständin mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen*
- *die Ehefrau, der Ehemann, die eingetragene Partnerin oder der eingetragene Partner, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führen oder ihr regelmässig Beistand leisten*
- *die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt**
- *die Nachkommen**
- *die Eltern**
- *die Geschwister**

** Falls diese der urteilsunfähigen Person regelmässig Beistand leistet/leisten.*

Ich habe keine vertretungsberechtigte Person bezeichnet und möchte, dass meine Angehörigen in der gesetzlich vorgegebenen Reihenfolge dieses Recht ausüben.

- Ich habe keine vertretungsberechtigte Person bezeichnet und möchte **nicht**, dass meine Angehörigen, wie im Gesetz vorgesehen, dieses Recht ausüben.
Mir ist bewusst, dass die Erwachsenenschutzbehörde voraussichtlich einen Beistand mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen bezeichnen wird, wenn über eine medizinische Behandlung zu entscheiden ist, zu der ich mich in der Patientenverfügung nicht geäussert habe.

Unerwünschte Personen

Ich will, dass die folgenden Personen mich weder aufsuchen noch auf irgendeine Weise Einfluss nehmen können.

Vorname/Name

Adresse

Art der Beziehung

Bemerkungen

Vorname/Name

Adresse

Art der Beziehung

Bemerkungen

Dank

Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden, meinen vertretungsberechtigten Personen und allen Beteiligten danke ich von Herzen. Ich bin mir bewusst, dass für sie schwierige, belastende Situationen eintreten können.

Was mir im Leben wichtig ist

Ihre Aussagen zu den folgenden Fragen verdeutlichen Ihre Lebenseinstellung, Werte, Wünsche, Ängste, Erwartungen und Hoffnungen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit. Sie vermitteln einen Eindruck Ihrer Person und erleichtern es, dass Sie in Ihrem Sinne gepflegt und betreut werden. Anhand Ihrer Aussagen wird es besser möglich, herauszufinden, wie Sie in einer Situation entscheiden würden, für die Sie nicht explizit etwas verfügt haben.

In diesen Situationen fühle ich mich wohl

z. B. Umgebung, Menschen, Tiere, Geruch, Temperatur, Farben, Akustik etc.

In Beziehungen zu anderen Menschen schätze ich

z. B. Nähe – Distanz, Körper – Intellekt, Unternehmungen – Zusammensein, Gespräche – Schweigen etc.

Diese Lebensgewohnheiten/Rituale sind für mich wichtig

z. B. Tagesablauf, Essen, Trinken, Körperpflege, Kontakte, Zerstreuung, Haustiere etc.

Ich lege besonders Wert auf

z. B. Bekleidung, Körperpflege, Umgebungsgestaltung, geistige Nahrung, soziale Kontakte etc.

Meine Vorlieben sind

z. B. Essen, Trinken, Musik, Lagerung, Berührung, Aktivitäten, Kontakt etc.

Meine Abneigungen sind

z. B. Essen, Trinken, Musik, Lagerung, Berührung, Aktivitäten, Kontakt etc.

Das möchte ich gerne noch erleben

z. B. Ereignis, Zusammentreffen, Versöhnung, Gespräch, Erfüllung eines Wunsches, Besuch eines Ortes etc.

Ich glaube an

z. B. Werte, Überzeugungen, Erkenntnisse, Methoden, Menschen etc.

Ich habe Angst vor

z. B. Einschränkungen, Behinderungen, Verlust, Verletzungen etc.

Ich möchte, dass Folgendes respektiert wird

Medizinische Anordnungen

Dieser Bereich kann auch nur teilweise und zu unterschiedlichen Zeitpunkten ausgefüllt werden.

Diese Patientenverfügung der Krebsliga geht vertieft auf spezifische Fragen ein, die sich bei einer Krebserkrankung stellen können.

Besprechen Sie Fragen, die sich Ihnen beim Ausfüllen der medizinischen Anordnungen stellen, unbedingt mit Ihrem Arzt, der Ärztin oder mit dem Pfltegeteam. Lassen Sie sich von den Fachpersonen Vor- und Nachteile sowie zu erwartende Konsequenzen der verschiedenen Varianten erklären.

Palliative Care

Unter Palliative Care (Palliativmedizin) versteht man die umfassende Behandlung und Begleitung von Menschen mit einer fortschreitenden, chronischen oder unheilbaren Krankheit. Dabei werden medizinische, soziale, psychologische und spirituelle Bedürfnisse des Menschen berücksichtigt. Im Vordergrund steht eine optimale Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Atemnot, Übelkeit oder Angst. Ziel ist, eine möglichst gute, individuelle Lebensqualität zu erreichen.

Falls ich einmal nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen kundzutun, halte ich im Folgenden fest, was ich vom behandelnden Team erwarte. Reichen in einer konkreten Entscheidungssituation die Anordnungen in meiner Verfügung nicht aus, ist meine vertretungsberechtigte Person befugt, den vorgeschlagenen Massnahmen zuzustimmen oder sie abzulehnen.

Linderung von Schmerzen

Ich gehe davon aus und will, dass meine Schmerzen nach den Erkenntnissen der modernen Palliative Care behandelt werden.

- Variante A**
Sollte ich trotz der besten verfügbaren Therapie Schmerzen haben, will ich, dass Schmerz- und sedierende Mittel sowie andere Medikamente grosszügig dosiert werden und ich nicht mehr unter den Symptomen leide. Dabei nehme ich auch eine allfällige Beeinträchtigung des Bewusstseins oder Verkürzung meines Lebens in Kauf.

- Variante B**
Perioden mit klarem Bewusstsein sind mir wichtig. Sollte ich trotz der besten verfügbaren Therapie Schmerzen haben, will ich, dass Schmerz- und sedierende Mittel sowie andere Medikamente nur eingesetzt werden, um meinen Zustand erträglich zu gestalten.

Besondere Anordnungen

Linderung von Atemnot

Das Gefühl, nicht mehr richtig atmen zu können, kann mit grossen Ängsten verbunden sein. Atemunterstützende Massnahmen dienen dazu, plötzliche Atemnot zu vermeiden.

In der Palliative Care wird die Atemnot medikamentös und mit pflegerischen Massnahmen wirksam gelindert. Bei Bedarf wird zusätzlich Sauerstoff mittels eines kleinen Schlauches direkt in die Nase gegeben.

Bei der apparativen Atemunterstützung wird die Atmung mit Hilfe einer Maske unterstützt.

Bei der invasiven (invasiv: eindringend/eingreifend) apparativen Atemunterstützung wird für die direkte Luftzufuhr ein Tubus (Rohr) in die Hauptlufttröhre eingelegt. Dies ist möglich durch den Mund, die Nase oder durch einen Luftröhrenschnitt.

- Ich wünsche keine apparative Atemunterstützung. Atemnot soll ausschliesslich mit palliativen Massnahmen wirksam bekämpft werden.**

- Variante A**
Sollte ich trotz der besten verfügbaren Therapie Atemnot haben, will ich, dass Schmerz- und sedierende Mittel sowie andere Medikamente grosszügig dosiert werden und ich nicht mehr unter den Symptomen leide. Dabei nehme ich auch eine allfällige Beeinträchtigung des Bewusstseins oder Verkürzung meines Lebens in Kauf.

- Variante B**
Perioden mit klarem Bewusstsein sind mir wichtig. Sollte ich trotz der besten verfügbaren Therapie Atemnot haben, will ich, dass Schmerz- und sedierende Mittel sowie andere Medikamente nur eingesetzt werden, um meinen Zustand erträglich zu gestalten.

Ich wünsche eine apparative Atemunterstützung

Variante A

mit Hilfe einer Maske, jedoch nicht mittels Intubation oder Luftröhrenschnitt, sofern das Behandlungsteam die künstliche Beatmung als medizinisch angezeigt erachtet.

Variante B

auch mittels Intubation oder Luftröhrenschnitt, sofern das Behandlungsteam die künstliche Beatmung als medizinisch angezeigt erachtet.

Intubation

Einführen eines Schlauches über Mund oder Nase zur Sicherung der Atemwege.

Linderung von anderen Symptomen

Ich gehe davon aus und will, dass belastende Symptome wie z. B. Übelkeit, Unruhe etc. nach den Erkenntnissen der modernen Palliative Care behandelt werden.

Variante A

Sollten die Symptome trotz der besten verfügbaren Therapie nicht ausreichend gelindert werden können, will ich, dass Schmerz- und sedierende Mittel sowie andere Medikamente grosszügig dosiert werden. Dabei nehme ich auch eine allfällige Beeinträchtigung des Bewusstseins oder Verkürzung meines Lebens in Kauf.

Variante B

Perioden mit klarem Bewusstsein sind mir wichtig. Sollten die Symptome trotz der besten verfügbaren Therapie nicht ausreichend gelindert werden können, will ich, dass Schmerz- und sedierende Mittel sowie andere Medikamente nur eingesetzt werden, um meinen Zustand erträglich zu gestalten.

Besondere Anordnungen

Ernährung

Das Recht auf Ernährung, das heisst auf Nahrung und Flüssigkeit, ist ein Menschenrecht. Jeder Mensch hat gleichzeitig aber auch die Freiheit, Nahrung und Flüssigkeit zu verweigern.

Nahrung

- Ich will, dass eine Nahrungsverweigerung meinerseits akzeptiert wird. Dies bedeutet, dass man aufhört, mir das Essen einzugeben, wenn ich signalisiere, dass ich nicht mehr essen möchte, z. B. durch Schliessen des Mundes und Wegdrehen des Kopfes, wenn mir Essen angeboten wird*.

* Das Behandlungsteam klärt sorgfältig ab, dass die Essensverweigerung keine physischen Ursachen hat, wie z. B. Schmerzen im Mund- oder Rachenraum sowie in der Speiseröhre.

Nahrungszusätze

- Ich will keine Nahrungszusätze (z. B. Vitamine, Energy Drinks etc.).
- Ich will Nahrungszusätze (z. B. Vitamine, Energy Drinks etc.).

Künstliche Ernährung

Künstliche Ernährung zählt zu den lebenserhaltenden Massnahmen.

Achten Sie darauf, dass Ihre Entscheidungen sich nicht widersprechen mit Ihren Entscheidungen auf Seite 18 unter «Lebenserhaltende Massnahmen».

Dem Wunsch nach künstlicher Ernährung, auch im Endstadium einer unheilbaren, fortschreitenden Erkrankung, wird entsprochen, wenn das Behandlungsteam die künstliche Ernährung als medizinisch angezeigt erachtet. Eine künstliche Ernährung gilt z. B. als medizinisch nicht angezeigt, wenn die Sterbephase eingetreten ist und der Tod unmittelbar bevorsteht.

Künstliche Ernährung kann auf drei verschiedene Arten erfolgen:

- *mit einer Magensonde (dünner Schlauch) durch die Nase*
- *mit einer Magensonde direkt durch die Bauchdecke in den Magen (PEG)*
- *über Infusionen unter Umgehung des Magen-Darm-Traktes*

Ernährung mit einer Magensonde durch die Nase

- Variante A**
Ich lehne die Ernährung mit einer Magensonde durch die Nase ab, auch wenn dadurch mein Leben verkürzt werden sollte. Die Betreuung soll sich auf die Mundpflege sowie Haut- und Schleimhautpflege beschränken.

- Variante B**
Auch im Endstadium einer unheilbaren Erkrankung will ich mit einer Magensonde durch die Nase ernährt werden, falls ich die Nahrung nicht mehr in ausreichender Menge auf natürlichem Weg einnehmen kann, sofern dies medizinisch sinnvoll ist.

Ernährung mit einer Magensonde durch die Bauchdecke (PEG)

- Variante A**
Ich lehne die Ernährung mit einer Magensonde (PEG) ab, auch wenn dadurch mein Leben verkürzt werden sollte. Die Betreuung soll sich auf die Mundpflege sowie Haut- und Schleimhautpflege beschränken.
- Variante B**
Auch im Endstadium einer unheilbaren Erkrankung will ich mit einer Magensonde (PEG) ernährt werden, falls ich die Nahrung nicht mehr in ausreichender Menge auf natürlichem Weg einnehmen kann, sofern dies medizinisch sinnvoll ist.

Ernährung über Infusionen (z.B. in eine Blutbahn)

- Variante A**
Ich lehne die Ernährung über Infusionen ab, auch wenn dadurch mein Leben verkürzt werden sollte. Die Betreuung soll sich auf die Mundpflege sowie Haut- und Schleimhautpflege beschränken.
- Variante B**
Auch im Endstadium einer unheilbaren Erkrankung will ich über eine Infusion ernährt werden, falls ich die Nahrung nicht mehr in ausreichender Menge auf natürlichem Weg einnehmen kann, sofern dies medizinisch sinnvoll ist.

Besondere Anordnungen

Flüssigkeit

Wenn ich nicht mehr trinken kann

- will ich keine Flüssigkeit mittels einer Infusion.
- akzeptiere ich Infusionen, wenn Durst vermutet wird. Treten Ödeme auf, sind die Infusionen zu stoppen.

Besondere Anordnungen

Lebenserhaltende Massnahmen

- Variante A**
Ich will keine lebenserhaltende Behandlung, sondern ausschliesslich lindernde Pflege und Begleitung (Palliative Care, siehe S. 13).
 - Das behandelnde Team verzichtet auf alle diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, die explizit der Lebenserhaltung dienen. Massnahmen wie Beatmung, Nierenersatzverfahren (Dialyse), medikamentöse Kreislaufunterstützung, Antibiotika, Blutersatzverfahren inklusive Infusionen, Medikamente zur Senkung des Kalziumspiegels werden abgesetzt.
 - Diagnostische und therapeutische Massnahmen sollen nur optimaler palliativer (lindernder) Betreuung dienen.
- Variante B**
Ich will, dass das behandelnde Team alle lebenserhaltenden medizinischen Massnahmen ausschöpft, sofern diese vom Behandlungsteam als medizinisch angezeigt erachtet werden.

Besondere Anordnungen

Reanimation

Reanimation heisst notfallmässige Sofortmassnahmen nach Eintritt eines plötzlichen Herz-Kreislauf- und/oder Atem-Stillstandes mit Bewusstlosigkeit. Ziel der Reanimationsmassnahmen ist die möglichst rasche Wiederherstellung lebenswichtiger Kreislauf- und Atemfunktionen, um wichtige Organe (insbesondere Gehirn, Herz, Niere) wieder ausreichend mit Sauerstoff zu versorgen.

Die Herz-Lungen-Reanimation umfasst Massnahmen wie Herzmassage, Defibrillation, Intubation, Beatmung sowie Verabreichung von kreislaufstützenden Medikamenten. Sind die Reanimationsmassnahmen erfolglos oder werden sie nicht ausgeführt, hat dies unausweichlich den Tod des Patienten/der Patientin zur Folge.

Ausserhalb des Spitals überleben ungefähr 5% der Patientinnen oder Patienten einen akuten Herz-Kreislauf-Stillstand. Erfolgt der Herz-Kreislauf-Stillstand innerhalb des Spitals, sind die Überlebensraten höher.

Bei einer fortgeschrittenen Krebserkrankung ist die Aussicht auf eine erfolgreiche Reanimation allerdings schlecht. Auch nach einer erfolgreichen Reanimation nimmt das Ausmass bleibender Schädigungen (insbesondere Gehirnschädigungen aufgrund der Sauerstoff-Mangelversorgung) zu, je älter die Patientinnen und Patienten und je schlechter ihr Allgemeinzustand ist.

Im Falle eines Herz-Kreislauf- und/oder Atem-Stillstandes will ich,

- dass Reanimationsmassnahmen eingeleitet werden
- keine Reanimationsmassnahmen

Besondere Anordnungen

Defibrillation

Kontrollierte Abgabe eines «Elektroschocks» an den Herzmuskel, um die normale Herzaktivität wieder herzustellen.

Intubation

Einführen eines Schlauches über Mund oder Nase zur Sicherung der Atemwege.

Betreuung und Begleitung

Einweisung in ein Akutspital

Bei einer unheilbaren Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium kann sich die Frage nach einer Einweisung ins Akutspital stellen. Dies kann ganz unterschiedliche Gründe haben, beispielsweise, weil sich der Patient im Spital sicherer fühlt, weil Komplikationen auftreten, weil die Angehörigen überfordert und ihre Kräfte begrenzt sind oder weil die Pflege zu Hause aus technischen Gründen nicht mehr möglich ist.

- Sollte ich dauernd bettlägerig, auf fremde Hilfe angewiesen und nicht mehr ansprechbar sein, will ich keine Einweisung in ein Akutspital. Ich bin mir bewusst, dass diesem Wunsch nur entsprochen werden kann, wenn meine Grundbedürfnisse nach Pflege an dem Ort abgedeckt werden können, wo ich mich dann befinde.
- Sollte ich dauernd bettlägerig, auf fremde Hilfe angewiesen und nicht mehr ansprechbar sein, will ich nur in ein Akutspital eingewiesen werden, wenn einzig durch diese Massnahme Aussicht auf Verbesserung der Lebensqualität oder Linderung eines akuten Schmerzzustandes oder anderer schwerer Beschwerden besteht.
- Sollte ich dauernd bettlägerig, auf fremde Hilfe angewiesen und nicht mehr ansprechbar sein, so will ich in ein Akutspital* eingewiesen werden.

* Längere Aufenthalte im Akutspital sind nur möglich, wenn eine klare medizinische Indikation für die Angebote eines Akutspitales vorhanden ist. Ist diese nicht gegeben, wird der Patient in eine Langzeitinstitution verlegt.

Besondere Anordnungen

Sterbeort

Bei der Entscheidung über den Sterbeort ist das Gespräch mit den Angehörigen besonders wichtig. Angehörige sollten sagen können, was sie sich in dieser Situation zutrauen und was nicht. In der Broschüre «Krebs – wenn die Hoffnung auf Heilung schwindet» finden Sie weitere Informationen, die hilfreich sein könnten.

- Ich möchte nach Möglichkeit zu Hause, in der mir vertrauten Umgebung (z.B. Pflegeheim) oder bei mir nahestehenden Menschen sterben können.
- Ich möchte lieber in einer Institution sterben können, die wenn möglich palliative Medizin, Pflege und Betreuung anbietet.

Besondere Anordnungen

Begleitung

Überlegen Sie sich, ob und durch wen Sie eine Betreuung/Sterbebegleitung wünschen. Besprechen Sie mit Ihren Angehörigen, ob sie unter Umständen um zusätzliche Unterstützung froh sind. Beachten Sie, dass in den Spitälern und Pflegeinstitutionen Seelsorgerinnen und Seelsorger zum Behandlungsteam gehören.

- Ich wünsche – sowohl zu Hause als auch in einer Institution – durch meinen vertrauten Seelsorger, respektive meine Seelsorgerin betreut zu werden.

Vorname/Name

Adresse

Telefon/Mobile

E-Mail

Evtl. Abmachungen

- Es kann auch ein anderer Seelsorger oder eine andere Seelsorgerin sein.
(z. B. Seelsorger/Seelsorgerin der Institution).
- Ich will keine religiöse Betreuung und keinen Besuch durch einen Seelsorger
oder eine Seelsorgerin.
- Ich wünsche durch folgende mir nahestehende Person/Personen betreut
zu werden.

Vorname/Name _____

Adresse _____

Telefon /Mobile _____

E-Mail _____

Evtl. Abmachungen _____

Vorname/Name _____

Adresse _____

Telefon /Mobile _____

E-Mail _____

Evtl. Abmachungen _____

Religiöse Handlungen

- Es ist mir sehr wichtig, dass ich rechtzeitig die vorgesehenen Handlungen und Rituale meiner Konfession/Religion in Anspruch nehmen kann.

Es sind dies namentlich:

Meine Konfession/Religion ist:

Über die Rituale Auskunft geben/sie umsetzen kann:

Vorname/Name

Adresse

Telefon/Mobile

E-Mail

Nach meinem Tod

Medizinische Forschung

Biobank

Während eines Spitalaufenthalts werden häufig Flüssigkeiten (Blut, Harn oder andere Körperflüssigkeiten), Zellen oder Gewebeproben entnommen und untersucht. Oft werden nicht die gesamten Proben für die Diagnose und Therapie benötigt. Dieses Material, zusammen mit den Daten zu Ihrer Person (z. B. Alter, Geschlecht, Krankheiten etc.), ist sehr wertvoll für die biomedizinische Forschung. Damit können Ursachen und Erkennung von Krankheiten weiter untersucht und die Behandlung verbessert werden. Ihre Proben und anonymisierten Daten dürfen nur mit Ihrer Einwilligung für die Forschung verwendet werden.

Bei der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften kann eine entsprechende Informationsbroschüre bestellt werden.

- Ich möchte nicht, dass Flüssigkeiten, Zellen oder Gewebeproben von mir für die biomedizinische Forschung im onkologischen Bereich verwendet werden.
- Ich willige ein, dass Flüssigkeiten, Zellen oder Gewebeproben von mir für die biomedizinische Forschung im onkologischen Bereich verwendet werden. Diese Einwilligung erlischt mit meinem Tod.
- Ich willige ein, dass Flüssigkeiten, Zellen oder Gewebeproben von mir für die biomedizinische Forschung im onkologischen Bereich verwendet werden und bin einverstanden, dass diese Einwilligung auch über meinen Tod hinaus gilt.

Medizinische Forschung

- Variante A
Ich bin nicht bereit, an Forschungsprojekten teilzunehmen, wenn ich nicht mehr urteilsfähig bin.
- Variante B
Ich bin bereit, wenn ich nicht mehr urteilsfähig bin, an Forschungsprojekten im Zusammenhang mit meiner Erkrankung teilzunehmen, sofern diese nicht an urteilsfähigen Menschen durchgeführt werden können. Die Risiken und Belastungen müssen minimal sein.

Besondere Anordnungen

Verfügung über meinen Körper

Sollten Sie an Krebs erkrankt sein und eine Organspende in Betracht ziehen, wird ein Spezialist im Bedarfsfall individuell entscheiden, ob ein Organ für eine Transplantation in Frage kommt. Dabei wird unter anderem berücksichtigt, um was für einen Krebs es sich gehandelt hat und wie lange die Erkrankung zurückliegt.

Besprechen Sie Fragen rund um eine Organspende auch mit Ihren Angehörigen. Die Behandlung eines Organspenders und die Durchführung von organerhaltenden medizinischen Massnahmen bis zur Entnahme der Organe können belastend für sie sein. Detaillierte Informationen zur Organspende erhalten Sie bei Swisstransplant. Die Adresse finden Sie im Anhang auf Seite 34.

Organ-, Gewebe- und Zellspende

- Ich will keine Organe, Gewebe oder Zellen spenden.
- Ich spende nach meinem Tod ohne Einschränkung Organe, Gewebe oder Zellen.
- Ich spende nach meinem Tod die folgenden Organe, Gewebe oder Zellen (Zutreffendes habe ich angekreuzt):
 - Herz
 - Lungen
 - Leber
 - Nieren
 - Dünndarm
 - Bauchspeicheldrüse
 - Augenhornhaut
 - Haut
 - Leber- oder Knorpelzellen

Autopsie/Obduktion

Bei einer Autopsie (auch Obduktion genannt) wird der Körper nach dem Tod geöffnet und untersucht, um die Todesursache festzustellen.

Bei einem aussergewöhnlichen* Todesfall wird aus rechtlichen Gründen eine Autopsie zwingend durchgeführt, auch wenn keine gewünscht wird.

* Aussergewöhnlich meint: unklarer oder gewaltsamer Todesfall, Suizid oder assistierter Suizid.

- Ich will keine Autopsie.
- Eine Autopsie soll nur im Fall eines unerwarteten (aber nicht aussergewöhnlichen) Todes erfolgen.
- Die Todesursache soll in jedem Falle mittels Autopsie festgestellt werden. Ohne äusseren Anlass muss die Autopsie selbst bezahlt werden.
- Für die Zwecke der Lehre und/oder Forschung darf eine Autopsie durchgeführt werden.

Körperspende an ein anatomisches Institut

Ich stelle meinen Körper nach meinem Tod für medizinische Forschung zur Verfügung:

- gar nicht
- uneingeschränkt
- nur in Bezug auf meine Krankheit

Ich habe dazu bei der folgenden Universität ein Formular «Letztwillige Verfügung zur Körperspende» ausgefüllt.

Name

Adresse

Adressen der anatomischen Institute finden Sie im Anhang auf Seite 34.

Einsichtnahme in meine Patientendokumentation

- Ich gestatte niemandem Einblick in die Patientendokumentation und in den Obduktionsbefund, ausser wenn es rechtlich vorgegebene Gründe gibt.

Folgende Personen können nach meinem Tod Einblick in meine Patientendokumentation nehmen:

- Einblick nur in den Obduktionsbefund (falls vorhanden), nicht aber in die Patientendokumentation:

Vorname/Name

Adresse

Vorname/Name

Adresse

- vollumfänglichen Einblick (Patientendokumentation und Obduktionsbefund):

Vorname/Name

Adresse

Vorname/Name

Adresse

Meine Patientendokumentation darf für Forschungszwecke verwendet werden:

- ja (unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen)
 nein

Bestattung und Abdankung

Art der Bestattung

Ich wünsche

Kremation Erdbestattung

Ich habe eine Vereinbarung mit folgendem Bestattungsinstitut:

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Abdankung

Ich wünsche

keine Abdankung

folgende Gestaltung:
z.B. Musikwünsche; Texte zum Vorlesen, Lebenslauf etc.

Andere Wünsche

Beisetzung

Ich wünsche

- ein konventionelles Grab
- ein Gemeinschaftsgrab
- ein Familiengrab
- an folgendem Ort begraben zu werden:
z. B. spezieller Friedhof, Ortschaft

- kein Grab
- eine andere Art der Beisetzung:
z. B. Asche aufbewahren, verstreuen etc.

Weitere Wünsche

Datierung und Unterzeichnung

Diese Patientenverfügung habe ich nach reiflicher Überlegung und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, also im Zustand der Urteilsfähigkeit, verfasst. Sie gilt für den Fall, dass ich einmal nicht mehr in der Lage sein sollte, Entscheidungen über meine medizinische Behandlung zu treffen und meinen Willen mitzuteilen.

Ich bin darüber informiert, dass die Erstellung einer Patientenverfügung freiwillig ist und dass ich diese jederzeit abändern oder widerrufen kann, solange ich urteilsfähig bin.

Ort/Datum

Unterschrift

Damit die Patientenverfügung rechtsgültig ist, muss sie von Hand datiert und unterschrieben sein. Sollten Sie dazu nicht in der Lage sein, muss die Patientenverfügung notariell beglaubigt werden.

Stellen Sie sicher, dass Ihre vertretungsberechtigte Person sowie deren Stellvertretung im Besitz einer aktuellen Version Ihrer Patientenverfügung sind. Falls Sie keine vertretungsberechtigte Person ernannt haben, hat der auf Seite 8 aufgeführte Personenkreis automatisch das Recht, stellvertretend für Sie zu entscheiden. Auch diese Personen müssen Zugang zu Ihrer aktuellen Verfügung haben.

Folgende Personen haben eine aktuelle Version meiner Patientenverfügung erhalten:

Vorname/Name

Telefon

Vorname/Name

Telefon

Vorname/Name

Telefon

Aktualisierungen

Wir empfehlen Ihnen, die Patientenverfügung regelmässig, zum Beispiel alle zwei Jahre oder wenn sich Ihre Krankheits- oder Lebenssituation ändert, zu überprüfen, eventuell anzupassen, neu zu datieren und zu unterschreiben.

Regelmässige Aktualisierungen sind wichtig. So kommt kein Zweifel auf, ob sich Ihr Wille in der Zwischenzeit geändert haben könnte.

**Diese Patientenverfügung entspricht meinem Willen.
Ich bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Ort/Datum

Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift

Wichtige Dokumente und ihr Aufbewahrungsort

Es hilft Ihren Angehörigen, wenn Sie notieren, wo Sie Ihre wichtigen Dokumente aufbewahren.

Dokumente, die zu beachten sind:

vor meinem Tod

Aufbewahrungsort

Vorsorgeauftrag*

* Damit sich im Falle meiner Urteilsunfähigkeit jemand um meine finanziellen und rechtlichen Verpflichtungen kümmern kann, habe ich einen Vorsorgeauftrag erstellt.

Organspendeausweis

vor meinem Tod

Aufbewahrungsort

Todesanzeige
*z. B. Spenden anstelle
von Blumen gehen an
Organisationen*

Liste der Zeitungen für
meine Todesanzeige

Versandliste Leidzirkular

Lebenslauf

Testament

Bank/Postkonti

Geschäftliches

Versicherungen

Vermieter

Anderes

Anhang

Broschüren der Krebsliga

- **Selbstbestimmt bis zuletzt – aber wie?**
Wegleitung zum Erstellen einer Patientenverfügung
- **Krebs – wenn die Hoffnung auf Heilung schwindet**
Wegweiser durch das Angebot von Palliative Care
- **Schmerzen bei Krebs und ihre Behandlung**
- **Ernährungsprobleme bei Krebs**
- **Krebs trifft auch die Nächsten**
Ratgeber für Angehörige und Freunde
- **Testamentratgeber**
Ein Ratgeber mit Tipps zum Erstellen eines Testaments

Bestellmöglichkeiten

- Krebsliga Ihres Kantons
- Telefon 0844 85 00 00
- shop@krebisliga.ch
- www.krebisliga.ch/broschueren

Auf www.krebisliga.ch/broschueren finden Sie diese und weitere bei der Krebsliga erhältliche Broschüren. Die meisten Publikationen sind kostenlos und stehen auch als Download zur Verfügung. Sie werden Ihnen von der Krebsliga Schweiz und Ihrer kantonalen Krebsliga offeriert. Das ist nur möglich dank unseren Spenderinnen und Spendern.

Adressen

(thematisch)

Versichertenkarte

www.bag.admin.ch → Schnellzugriff Themen → Krankenversicherung → *(in der Spalte ganz rechts)* Versichertenkarte

Organspende

www.swisstransplant.org

Website der Schweizerischen Stiftung für Organspende und Transplantation mit Informationen zum Organspendeausweis.

Swisstransplant

Effingerstrasse 1, Postfach, 3011 Bern
Tel. 058 123 80 00, Fax 058 123 80 01
info@swisstransplant.org

Biobanking

www.swissbiobanking.ch

Englischsprachige Informationsseite der Swiss Biobanking Platform.

Av. Pierre-Decker 2, 1011 Lausanne

Tel. 021 314 46 91

info@swissbiobanking.ch

www.samw.ch → Schnellzugriff → Medizinisch-ethische Richtlinien

Die aktuell gültigen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften «Biobanken: Gewinnung, Aufbewahrung und Nutzung von menschlichem biologischem Material», 2006.

Körperspende

Anatomische Institute

Universität Basel

Pestalozzistrasse 20, 4056 Basel

Tel. 061 267 39 20/21, www.anatomie.unibas.ch

Institut für Anatomie

Universität Bern

Baltzerstrasse 2, 3000 Bern 9

Tel. 031 631 84 33, www.ana.unibe.ch

Universität Zürich

Anatomisches Institut

Winterthurerstrasse 190, 8057 Zürich

Tel. 044 635 53 11, www.anatom.unizh.ch

Université de Fribourg

Département Médecine, Anatomie

Rte Albert-Gockel 1, 1700 Fribourg

Tél. 026 300 85 40, www.unifr.ch/anatomy

Université de Genève

Division d'anatomie, Faculté de Médecine

1, rue Michel-Servet, 1211 Genève 4

Tél. 022 379 52 12

Université de Lausanne

Département de biologie cellulaire et

de morphologie

Rue du Bugnon 9, 1005 Lausanne

Tél. 021 692 51 00

Quellen

Die in dieser Broschüre erwähnten Publikationen und Websites dienen der Krebsliga unter anderem auch als Quellen. Sie entsprechen im Wesentlichen den Qualitätskriterien der Health On the Net Foundation, dem sogenannten HonCode (siehe www.hon.ch/HONcode/German).

Unterstützung und Beratung – die Krebsliga in Ihrer Region

Krebsliga Aargau

Kasernenstrasse 25
Postfach 3225
5001 Aarau
Tel. 062 834 75 75
Fax 062 834 75 76
admin@krebssliga-aargau.ch
www.krebssliga-aargau.ch
PK 50-12121-7

Krebsliga beider Basel

Mittlere Strasse 35
4056 Basel
Tel. 061 319 99 88
Fax 061 319 99 89
info@klbb.ch
www.klbb.ch
PK 40-28150-6

Bernische Krebsliga

**Ligue bernoise
contre le cancer**
Marktgasse 55
Postfach
3001 Bern
Tel. 031 313 24 24
Fax 031 313 24 20
info@bernischekrebssliga.ch
www.bernischekrebssliga.ch
PK 30-22695-4

Ligue fribourgeoise

**contre le cancer
Krebsliga Freiburg**
route St-Nicolas-de-Flüe 2
case postale 96
1705 Fribourg
tél. 026 426 02 90
fax 026 426 02 88
info@liguecancer-fr.ch
www.liguecancer-fr.ch
CP 17-6131-3

Ligue genevoise

contre le cancer
11, rue Leschot
1205 Genève
tél. 022 322 13 33
fax 022 322 13 39
ligue.cancer@mediane.ch
www.lgc.ch
CP 12-380-8

Krebsliga Graubünden

Ottoplatz 1
Postfach 368
7001 Chur
Tel. 081 252 50 90
Fax 081 253 76 08
info@krebssliga-gr.ch
www.krebssliga-gr.ch
PK 70-1442-0

Ligue jurassienne contre le cancer

rue des Moulins 12
2800 Delémont
tél. 032 422 20 30
fax 032 422 26 10
ligue.ju.cancer@bluewin.ch
www.liguecancer-ju.ch
CP 25-7881-3

Ligue neuchâtoise contre le cancer

faubourg du Lac 17
2000 Neuchâtel
tél. 032 721 23 25
LNCC@ne.ch
www.liguecancer-ne.ch
CP 20-6717-9

Krebsliga Ostschweiz

Flurhofstrasse 7
9000 St. Gallen
Tel. 071 242 70 00
Fax 071 242 70 30
info@krebssliga-ostschweiz.ch
www.krebssliga-ostschweiz.ch
PK 90-15390-1

Krebsliga Schaffhausen

Rheinstrasse 17
8200 Schaffhausen
Tel. 052 741 45 45
Fax 052 741 45 57
info@krebssliga-sh.ch
www.krebssliga-sh.ch
PK 82-3096-2

Krebsliga Solothurn

Hauptbahnhofstrasse 12
4500 Solothurn
Tel. 032 628 68 10
Fax 032 628 68 11
info@krebssliga-so.ch
www.krebssliga-so.ch
PK 45-1044-7

Thurgauische Krebsliga

Bahnhofstrasse 5
8570 Weinfelden
Tel. 071 626 70 00
Fax 071 626 70 01
info@tgkl.ch
www.tgkl.ch
PK 85-4796-4

Lega ticinese contro il cancro

Piazza Nosetto 3
6500 Bellinzona
Tel. 091 820 64 20
Fax 091 820 64 60
info@legacancro-ti.ch
www.legacancro-ti.ch
CP 65-126-6

Ligue vaudoise contre le cancer

place Pépinet 1
1003 Lausanne
tél. 021 623 11 11
fax 021 623 11 10
info@lvc.ch
www.lvc.ch
CP 10-22260-0

Ligue valaisanne contre le cancer

Krebsliga Wallis
Siège central:
rue de la Dixence 19
1950 Sion
tél. 027 322 99 74
fax 027 322 99 75
info@lvcc.ch
www.lvcc.ch
Beratungsbüro:
Spitalzentrum Oberwallis
Überlandstrasse 14
3900 Brig
Tel. 027 604 35 41
Mobile 079 644 80 18
info@krebssliga-wallis.ch
www.krebssliga-wallis.ch
CP/PK 19-340-2

Krebsliga Zentralschweiz

Löwenstrasse 3
6004 Luzern
Tel. 041 210 25 50
Fax 041 210 26 50
info@krebssliga.info
www.krebssliga.info
PK 60-13232-5

Krebsliga Zug

Alpenstrasse 14
6300 Zug
Tel. 041 720 20 45
Fax 041 720 20 46
info@krebssliga-zug.ch
www.krebssliga-zug.ch
PK 80-56342-6

Krebsliga Zürich

Freiestrasse 71
8032 Zürich
Tel. 044 388 55 00
Fax 044 388 55 11
info@krebssligazuerich.ch
www.krebssligazuerich.ch
PK 80-868-5

Krebshilfe Liechtenstein

Im Malarsch 4
FL-9494 Schaan
Tel. 00423 233 18 45
Fax 00423 233 18 55
admin@krebshilfe.li
www.krebshilfe.li
PK 90-3253-1

Krebsliga Schweiz

Effingerstrasse 40
Postfach
3001 Bern
Tel. 031 389 91 00
Fax 031 389 91 60
info@krebssliga.ch
www.krebssliga.ch
PK 30-4843-9

Broschüren

Tel. 0844 85 00 00
shop@krebssliga.ch
www.krebssliga.ch/
broschueren

Krebsforum

www.krebsforum.ch,
das Internetforum
der Krebsliga

Cancerline

www.krebssliga.ch/
cancerline, der Chat
für Kinder, Jugendliche
und Erwachsene
zu Krebs
Mo–Fr 11–16 Uhr

Skype

krebstelefon.ch
Mo–Fr 11–16 Uhr

Ihre Spende freut uns.

Spendenkonto

30-4843-9

Krebstelefon 0800 11 88 11

Montag bis Freitag
9–19 Uhr
Anruf kostenlos
helpline@krebssliga.ch

Ihre Krebsliga