

ANORDNUNG  
Für meine Angehörigen



**BÖNZLI**  
BESTATTUNGEN

# Impressum

Herausgeberin:

Bönzli Bestattungen AG

Burgstrasse 20, 3600 Thun

Tel. 033 223 24 09

[office@boenzli-bestattungen.ch](mailto:office@boenzli-bestattungen.ch)

[www.boenzli-bestattungen.ch](http://www.boenzli-bestattungen.ch)

Druck und Vertrieb der Anordnung

«Für meine Angehörigen» exklusiv bei:

© Bönzli Bestattungen AG 2021



# Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Meine persönlichen Angaben	5
Meine Bestattungswünsche	6
Pfarrer / Redner	7
Todesanzeige / Leidzirkulare	8
Adressliste	9
Meine Ausweise	10–11
Notar / Nachlassregelung	12
Patientenverfügung	13–14
Vollmachten	15

# VORWORT

Sie haben Mut gefasst, über Ihre letzte Reise nachzudenken, sie abzuwägen und herauszufinden, wie Sie sich diese vorstellen würden. Diese Wünsche können sich kurzfristig wieder ändern. Haben Sie keine Hemmungen, darauf einzugehen und dies mitzuteilen. Hierbei entscheiden allein Sie.

Die einen Menschen möchten bis zum Ende ihre Fragen und Gefühle mitteilen können. Andere wollen den Tod lieber schweigend erwarten. Wie weit es möglich und wohltuend ist, die aufkommenden starken Gefühle auszudrücken und zu teilen oder nicht, Formen und Rituale zu wünschen oder abzulehnen, um mit der Situation besser fertig zu werden, ist allein Sache jeder beteiligten Person. Das Gespräch darüber hilft, sich gegenseitig zu achten und Entscheide zu respektieren.

Unsere Erfahrung zeigt, dass das Loslassenkönnen und Abschiednehmen für alle Beteiligten oft erträglicher wird, wenn diese Fragen geregelt sind.

Sie können auf uns zählen, wir geben Ihnen gerne Auskunft, beraten Sie bei Ihnen zu Hause oder in unserem Büro. Dank Jahrzehnte langer Erfahrung sind wir in der Lage, kompetent über die vielfältigen Gestaltungs- und Bestattungsmöglichkeiten in der Region zu informieren und diese auch auszuführen.

Hansruedi Bönzli  
Firmengründer

Hans-Jörg Tschannen  
Geschäftsführer

# MEINE PERSÖNLICHEN ANGABEN

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Heimatort \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Datum der Standesänderung \_\_\_\_\_

Vorname des Ehegatten \_\_\_\_\_

Geburtsname des Ehegatten \_\_\_\_\_

Name & Vorname des Vaters \_\_\_\_\_

Name & Vorname der Mutter \_\_\_\_\_

Geburtsname der Mutter \_\_\_\_\_

# MEINE BESTATTUNGSWÜNSCHE

## Aufbahrung

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ja, ich wünsche eine Aufbahrung | <input type="checkbox"/> Aufbahrung auf dem Friedhof     |
| <input type="checkbox"/> nein, ich will keine Aufbahrung | <input type="checkbox"/> Aufbahrung zu Hause             |
| <input type="checkbox"/> nur für meine Familie           | <input type="checkbox"/> Aufbahrung mit eigenen Kleidern |

## Trauerfeier

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja, ich wünsche eine Trauerfeier | <input type="checkbox"/> Ort: _____ |
| <input type="checkbox"/> nein, ich will keine Trauerfeier |                                     |

## Bestattungsart

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Erdbestattung | <input type="checkbox"/> Kremation |
|--|------------------------------------|

## Beisetzungsort

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Friedhof meines Wohnortes | <input type="checkbox"/> Beisetzung im See     |
| <input type="checkbox"/> Friedhof: _____           | <input type="checkbox"/> Beisetzung im Wald    |
| <input type="checkbox"/> eigener Ort: _____        | <input type="checkbox"/> Beisetzung im Gebirge |

## Grabart auf Friedhof

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sargreihengrab    | <input type="checkbox"/> Familiengrab      |
| <input type="checkbox"/> Urnenreihengrab   | <input type="checkbox"/> Urnenhaingrab     |
| <input type="checkbox"/> Urnennischengrab  | <input type="checkbox"/> Themengrab: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsgrab | <input type="checkbox"/> best. Grab: _____ |

## Blumenschmuck

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ja, ich wünsche Blumen | <input type="checkbox"/> Spenden anstelle von Blumen |
|---|--|

Meine Bestattung wird durch folgende Person organisiert

\_\_\_\_\_

Folgendes Bestattungsinstitut soll meine Bestattung durchführen

\_\_\_\_\_

# PFARRER / REDNER

mein Pfarrer / meine Pfarrerin

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

mein Redner / meine Rednerin

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

folgender Religion / Glaubensgemeinschaft gehöre ich an

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

in meiner Trauerfeier sind enthalten

Lebenslauf

Eigenschrift

kein Lebenslauf

von Angehörigen verfasst

Solist

Instrument: \_\_\_\_\_

Musikwunsch: \_\_\_\_\_

Gesang: \_\_\_\_\_

Ritual: \_\_\_\_\_

# TODESANZEIGE / LEIDZIRKULARE

## Einladungen

- alle rechtzeitig einladen
- nur den engsten Kreis einladen
- Publikation erst nach Beisetzung
- keine Publikation erwünscht

## Leidzirkular

- komplette Eigenschrift, liegt bei
- kein Leidzirkular
- Spruch nach Vorlage, liegt bei
- Text nach Ermessen der Angehörigen

## Todesanzeige in Zeitung

- Thuner Amtsanzeiger
- Thuner Tagblatt & Berner Oberländer
- BZ Gesamtausgabe (enthält BZ, Bund, Thuner Tagblatt, Berner Oberländer, u.a.)
- andere Zeitung: \_\_\_\_\_
- keine Todesanzeige in Zeitung

## Danksagungskarten

- komplette Eigenschrift, liegt bei
- keine Danksagungskarten
- nur Todesanzeige & Danksagung in Zeitung
- Text nach Ermessen der Angehörigen
- nur Danksagung in Zeitung

## Danksagung in Zeitung

- Thuner Amtsanzeiger
- Thuner Tagblatt & Berner Oberländer
- BZ Gesamtausgabe (enthält BZ, Bund, Thuner Tagblatt, Berner Oberländer, u.a.)
- andere Zeitung: \_\_\_\_\_
- keine Danksagung in Zeitung



# MEINE AUSWEISE BEFINDEN SICH ...

---

Pass

---

---

Niederlassungsausweis

---

---

Geburtsschein:

---

---

Familienbüchlein

---

---

Scheidungsurkunde

---

---

Aufenthaltsbewilligung

---

---

Wohnsitzbescheinigung

---

---

Besonderes

---

---

---

---

---

---

---

# WEITER BEFINDEN SICH...

---

... mein Testament bei:

---

---

... meine Versicherungspolice(n):

---

---

... meine AHV-Stelle:

---

---

... meine Pensionskasse:

---

---

... meine Krankenkasse:

---

---

... meine Ersatzschlüssel bei:

---

---

Notizen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# NOTAR / NACHLASSREGELUNG

---

Mein Notar:

---

Adresse:

---

Telefon:

---

---

Siegelungsamt:

---

Name:

---

Telefon:

---

---

Mein Beistand und/oder Willensvollstrecker:

---

Name:

---

Adresse:

---

Telefon:

---

---

Notizen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# PATIENTENVERFÜGUNG

Ich verlange von allen mich behandelnden Ärzten, dass mein Selbstbestimmungsrecht in jedem Fall respektiert wird. Falls meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit durch Unfall oder Krankheit beeinträchtigt ist, will ich, dass meinem Willen in folgenden Punkten Folge geleistet wird.

(bitte ankreuzen)

- ich will nicht, dass Massnahmen ergriffen werden, die nur das Sterben oder Leiden verlängern
- ich will genügend Schmerzmittel erhalten, selbst wenn dadurch das Sterben beschleunigt wird
- ich will, sofern für meine Angehörigen zumutbar, zu Hause sterben
- ich will keine Organe, Gewebe und Zellen (oder Teile davon) empfangen
- ich will keine Organe, Gewebe und Zellen (oder Teile davon) spenden
- ich will nur folgende Organe von einer Spende ausschliessen:

---

(Gespendet werden können Lungen, Herz, Bauchspeicheldrüse, Nieren, Dünndarm, Leber, Haut, Herzklappen, Blutgefässe, Gehörknöchelchen, Augen-Hornhaut; Stand 2010)

- ich lasse keine Experimente und Untersuchungen zu Forschungszwecken, Fotografien oder Lehrvorführungen an meinem sterbenden oder toten Körper zu
- ich lasse keine Obduktion zu (ausser in den gesetzlich vorgeschriebenen Fällen)

...weiter siehe Rückseite

# PATIENTENVERFÜGUNG

Alle mich behandelnden Ärzte sowie das Pflegepersonal ermächtigt und verpflichtet ich, die unten aufgeführten Vertrauenspersonen sofort vollumfänglich über meinen Zustand zu informieren und in sämtliche Entscheidungen (lebensretende Sofortmassnahmen ausgenommen) mit einzubeziehen.

Die nachfolgend aufgeführten Vertrauenspersonen bestätigen mit ihrer Unterschrift, dass sie von dieser Verfügung Kenntnis genommen haben. Sie bestätigen auch, dass ich diese Verfügung bei absoluter geistiger Frische und nach reiflicher Überlegung verfasst und unterzeichnet habe.

Die bevollmächtigten Vertrauenspersonen:

Name	_____
Vorname	_____
Adresse	_____
_____	_____
Telefon	_____
Ort, Datum	_____
Unterschrift	_____

Name	_____
Vorname	_____
Adresse	_____
_____	_____
Telefon	_____
Ort, Datum	_____
Unterschrift	_____

Das Arztgeheimnis soll diesen Personen gegenüber nicht gelten. Für die Hilfe und Zuwendungen, die mir ein menschenwürdiges Sterben ermöglichen, danke ich allen Beteiligten.

Versehen Sie diese Patientenverfügung jährlich mit einer neuen Unterschrift

Ort, Datum	_____
Unterschrift	_____
_____	_____
Ort, Datum	_____
Unterschrift	_____

Ort, Datum	_____
Unterschrift	_____
_____	_____
Ort, Datum	_____
Unterschrift	_____

# VOLLMACHTEN

Meine Vertrauensperson ist:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Meine Vollmacht hat:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Meine Vollmacht über den Tod  
hinaus hat:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich diese  
Vollmachten:

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

vertrauliche Angaben für den Abschluss meiner Lebensreise