

Haftungsausschluss

Stand: 01.01.2020

Im Folgenden handelt es sich um ein Musterdokument.

Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit. Beachten Sie, dass sich gesetzliche Regelungen jederzeit ändern können. Zudem muss das Dokument individuell angepasst werden. Eine juristische Beratung ist hierdurch nicht ersetzt.



Patientenverfügung

Dies ist eine Patientenverfügung von:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

PLZ, Wohnort

Telefon, Mail

Die Patientenverfügung soll Anwendung finden, gesetzt dem Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr selbst und verständlich äußern kann. Dies gilt unabhängig von medizinisch machbarem.

Die Patientenverfügung soll in folgenden Situationen gelten:

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Wenn ich mich unmittelbar im Sterbeprozess befinde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wenn ich unheilbar erkrankt bin und die Krankheit einen tödlichen Ausgang nimmt oder der Tod absehbar ist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wenn ich einen Gehirnschaden erleide, z.B. aufgrund eines Unfalls und deshalb nicht mehr fähig bin, allein Entscheidungen zu treffen oder mit anderen Menschen zu kommunizieren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wenn ich einen an einem Hirnabbauprozessleide, wie bei Demenz, und ich trotz Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin mich auf natürliche Weise zu ernähren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Die genannten Situationen sollen von zwei erfahrenen, unabhängigen Ärzten/Ärztinnen beurteilt werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Namentliche Nennung der Ärzte:

1. _____

2. _____

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

Folgende medizinische Maßnahmen sollen in den oben genannten Situationen getroffen werden dürfen bzw. sind (bei ankreuzen von Nein) nicht gestattet:

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Lebenserhaltende Maßnahmen
Lebenserhaltende Maßnahmen dürfen getroffen werden, um mich am Leben zu erhalten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">• Wenn Nein:
Es dürfen lediglich Maßnahmen zur Schmerzlinderung und Symptombehandlung beispielsweise bei Atemnot, Übelkeit, Angst oder Unruhe getroffen werden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">• Schmerz- und Symptombehandlung
Eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung darf getroffen werden. Auch Bewusstseinsdämpfende Mittel sind erlaubt. Mir ist bewusst, dass eine ungewollte Verkürzung meiner Lebenszeit durch Medikamente eintreten kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">• Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr
Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr sind gestattet. Dies kann über eine Sonde durch den Mund, die Nase, die Bauchdecke oder die Vene erfolgen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">• Antibiotika
Die Behandlung mit Antibiotika ist gestattet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">• Blutersatzprodukte
Es dürfen Blutersatzprodukte verabreicht werden. Dies können Blut oder Blutbestandteile sein. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- **Dialyse**
 Eine Dialyse darf durchgeführt werden bzw. eine bereits begonnene Dialyse soll fortgeführt werden.

- **Kreislaufstabilisierende Medikamente**
 Kreislaufstabilisierende Medikamente sind gestattet.

- **Künstliche Beatmung**
 Eine künstliche Beatmung mit dem Ziel lebensverlängernd zu wirken ist gestattet. Die Möglichkeit zur Bewusstseinsdämpfung und ungewollten Verkürzung der Lebenszeit sind mir bekannt und ich nehme sie in Kauf.

- **Wiederbelebende Maßnahmen**
 Wiederbelebende Maßnahmen mit dem Ziel mein Leben zu verlängern sind gestattet.

- **Organspende**
 Ich habe einen Organspendeausweis. Nach meinem Tod dürfen meine Organe zu Transplantationszwecken entnommen werden.

Anmerkungen zu den aufgeführten medizinischen Maßnahmen

- _____

- _____

Raum für individuelle Regelungen

- _____

- _____

- _____

- _____

Bevorzugter Ort des Sterbens

	Ja	Nein
• Ich möchte im Krankenhaus sterben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich möchte möglichst zu Hause, in vertrauter Umgebung sterben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich möchte möglichst in einem Hospiz sterben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beistand

• Ich möchte Beistand durch folgende Personen: _____
• Ich möchte Beistand von Vertretern folgender Religion oder Weltanschauungsgemeinschaft: _____

Ärztliche Schweigepflicht

- Folgende Personen sind von der ärztlichen Schweigepflicht ausgenommen:

Verbindlichkeit und Widerruf

Die in dieser Patientenverfügung geäußerten Wünsche sollen befolgt werden. Die von mir in meiner Betreuungsverfügung oder Vorsorgevollmacht genannte/n Person/en sollen für die Umsetzung der Patientenverfügung Sorge tragen.

Für Situationen, die in den vorigen Punkten nicht oder nur unzureichend geregelt sind, muss mein mutmaßlicher Wille ermittelt werden. Sollten sich der behandelnde Arzt und mein Bevollmächtigter/Betreuer uneins sein, so ist zur Lösungsfindung jede Möglichkeit auszuschöpfen (einschließlich der Einbeziehung eines Ethikrates oder des Betreuungsgerichtes).

Beratung

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Ich habe zur Erstellung der Patientenverfügung ärztliche Beratung in Anspruch genommen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich war zum Zeitpunkt der Beratung im vollen Besitz meiner geistigen Kräfte und fähig meinen Willen auszudrücken. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Beratender Arzt

Nam des Arztes	Arztpraxis	Datum
----------------	------------	-------

Straße, Hausnr.	PLZ, Ort	Telefon, Mail
-----------------	----------	---------------

Weitere Vorsorgeverfügungen

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Ich besitze eine Vorsorgevollmacht.
Bevollmächtigte Person:

_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich besitze eine Betreuungsverfügung.
Betreuende Person:

_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen in meiner Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte. Den Text habe ich auf eigene Verantwortung erstellt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

Die Patientenverfügung ist solange gültig, bis ich sie widerrufe.

Ort, Datum

Unterschrift