

# Patientenverfügung

Diese Patientenverfügung wird gemäß Patientenverfügung-Gesetz (BGVI.I Nr. 55/2006 i.d.g.F.) errichtet.

## Meine Patientenverfügung

Ohne Druck und Zwang, nach reiflicher Überlegung und in Kenntnis der (rechtlichen) Tragweite erstelle ich diese Patientenverfügung für den Fall, dass ich nicht mehr entscheidungsfähig bin.

### 1. Meine Daten

Vorname:	
Nachname:	
Geburtsdatum:	
Telefon:	
Straße/Nr.:	
Postleitzahl:	
Wohnort:	

### 2. Beschreibung meiner persönlichen Umstände und Einstellungen

Damit meine behandelnden Ärztinnen – Ärzte für den Fall, dass ich mich während meiner medizinischen Behandlung nicht mit ihnen verständigen kann, meinen Willen als Patient (in) besser beurteilen können, halte ich Folgendes über meine Einstellung zu meinem Leben, meiner Gesundheit und Krankheit, meinem Sterben und meinem Tod beziehungsweise meine religiöse Einstellung fest:

### 3. Inhalt der Patientenverfügung

A: Meine Patientenverfügung soll in **folgenden Situationen** gelten:

Situation	Ja	Nein
- Bei aussichtsloser Prognose hinsichtlich meiner Krankheit		
- bei Erkrankungen, bei denen nach Maßgabe der aktuellen medizinischen Möglichkeiten der nahe bevorstehende Tod nicht abgewendet werden kann.		
- Wenn ich einen schweren - nach dem aktuellen Wissensstand nicht mehr reversiblen - Hirnschaden habe, der mit Dauerbewusstlosigkeit oder Wachkoma einhergeht.		
- Bei irreversiblen Ausfall der Herz-Lungenfunktion.		
- Bei dauerndem Ausfall lebenswichtiger Organfunktionen meines Körpers. (Zb. Niere- Dialyse)		
- Für den Fall, dass ich nicht mehr schlucken kann oder nicht mehr will, obwohl ich immer wieder Nahrung, meinen persönlichen Vorlieben entsprechend, angeboten wurde.		
- Bei Demenz im Endstadium.		
- Für den Fall, dass sich bei mir aufgrund einer fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankung eine schwere Atemnot bzw. ein lebensbedrohliches Atemversagen einstellt.		
- Für den Fall, dass durch eine medizinische Maßnahme nicht mehr erreicht werden kann als eine Verlängerung des Sterbevorgangs.		
- Wenn ich mich unabwendbar in der Sterbephase befinde.		
- Wenn durch Unfall, Schlaganfall, Herzinfarkt, Sauerstoffmangel oder sonstige Erkrankungen ein Zustand eingetreten ist, der keine bewusste Kommunikation (weder mit Worten noch mit Gesten) mehr mit den mit Menschen erlaubt und, oder der keine eigenständige Mobilität (Bewegungsfähigkeit) erlaubt (zum Beispiel demnach auf die Hilfe fremder		

B: Medizinischen Behandlungen, die ich im Folgenden konkret beschreibe,  
lehne ich ab

Situation	Lehne ich ab
- Künstliche Ernährung in jeder Form	
- Anlage einer PEG-Sonde mit dem Ziel der künstlichen Ernährung.	
- Ernährung über nasogastrale Sonde.	
- Künstliche Beatmung in jeder Form.	
- Luftröhrenschnitt mit dem Ziel der dauerhaften künstlichen Beatmung	
- Maskenbeatmung	
- Ernährung über Infusionen	
- Wiederbelebung (in jeder Form: Herzdruckmassage, Beatmung, Defibrillation, Medikamentöse Reanimation)	
- Antibiotische Therapie (Mit Ausnahme einer palliativmedizinischen Symptomkontrolle).	
- Aufrechterhaltung lebenswichtiger Organfunktionen mit medizinisch-technischen Maßnahmen. zB.: Dialyse, Herz-Lungenmaschine, Künstliche Herzpumpe, Defibrillator, Herzschrittmacher...	

<p>- Jede andere potenziell lebensverlängernde Therapie, außer zu Beherrschung anders nicht kontrollierbarer quälender Symptome, wie zum Beispiel Schmerzen, Atemnot...</p>	
<p>- Sollte sich während einer laufenden Intensivbehandlung herausstellen, dass eine Besserung meines Zustandes nicht mehr zu erwarten ist, dann lehne ich die Fortführung lebensverlängernder Maßnahmen ab.</p>	

#### 4. Sonstige Anmerkungen

Situation	Ja	Nein
<p>Ich stimme einer Behandlung nach den Prinzipien der Palliativmedizin zu - Palliativ = Schmerz, Leid und Angst lindernd, erleichternd)</p> <p>Ich stimme einer wirkungsvollen Schmerzlinderung zu, auch wenn dadurch eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist.</p>		
<p>Ich bitte, dass in meiner letzten Lebensphase meine Angehörigen so unterstützt werden, dass ich möglichst in vertrauter Umgebung sterben kann.</p>		
<p>Ich möchte nach Möglichkeit in meiner letzten Lebensphase von meiner Familie gepflegt werden. Allenfalls unter Beziehung eines mobilen Palliativteams bzw. des Hospizteams.</p>		
<p>Ich will in meinem neuen Zuhause im Pflegeheim bleiben, hier nach Maßgabe der vorhandenen Möglichkeiten auch medizinisch betreut werden und gegebenenfalls auch hier sterben. D.h. für mich: Sollte eine Erkrankung oder Verletzung eintreten, die unter Berücksichtigung meiner sonstigen körperlichen Verfassung auch bei bester medizinischer Betreuung zum baldigen Versterben führen kann, lehne ich eine Transferierung ins Krankenhaus ab.</p>		
<p>Andere Erkrankungen oder Verletzungen, die keine lebensbedrohlichen Folgen befürchten lassen, möchte ich im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten im Pflegeheim versorgen lassen. Nur wenn eine fachgerechte Versorgung doch nicht möglich sein sollte, stimme ich einer Verlegung ins Krankenhaus zu.</p>		
<p>Ich möchte in meiner letzten Lebensphase nach Möglichkeit auf eine Palliativstation oder in ein stationäres Hospiz gebracht werden.</p>		
<p>Ich möchte, wenn möglich, psychosoziale Unterstützung in Anspruch nehmen.</p>		
<p>Ich möchte, dass Symptome die Atemnot, Übelkeit, Hunger- und Durstgefühl, Unruhe und Angst durch geeignete Mittel im Sinn der Palliativmedizin bzw. Palliativpflege behandelt werden.</p>		
<p>Ich möchte nicht, dass mein Leben um jeden Preis verlängert wird. Deshalb möchte ich, dass mein unmittelbarer Sterbeprozess akzeptiert und höher gewertet wird als die medizinischen und technischen Möglichkeiten einer zeitlichen Verlängerung meines Lebens.</p>		

## 5. Meine Vertrauenspersonen

Folgende Personen dürfen von Ärztinnen bzw. Ärzten Informationen über meinen Gesundheitszustand erhalten:

Vorname:	
Nachname:	
Telefon:	
Straße/Nr.:	
Postleitzahl:	
Wohnort:	
E-Mail:	

Vorname:	
Nachname:	
Telefon:	
Straße/Nr.:	
Postleitzahl:	
Wohnort:	
E-Mail:	

## 6. Hinweis auf eine Vorsorgevollmacht

Ich habe eine Vorsorgevollmacht bei Notarin bzw. Notar, Rechtsanwalt bzw. Rechtsanwältin oder einem Erwachsenenschutzverein erstellt. Die bevollmächtigte Person ist:

Vorname:	
Nachname:	
Telefon:	

Straße/Nr.:	
Postleitzahl:	
Wohnort:	
E-Mail:	

**7. Ärztin/Arzt, die/der mich beim Erstellen der Patientenverfügung aufgeklärt und beraten hat:**

Vorname:	Dr. Heribert
Nachname:	Lechner
Telefon:	05516 2031
Straße/Nr.:	Dorf 15a
Postleitzahl:	6934
Wohnort:	Sulzberg
E-Mail:	<a href="mailto:ordination@lechner-sulzberg.at">ordination@lechner-sulzberg.at</a>

**8. Ärztliche Aufklärung:**

**Als Ärztin/Arzt habe ich mit der Patientin/dem Patienten ein ausführliches Gespräch geführt. Diese(r) ist zum Zeitpunkt der Beratung in der Lage, das besprochene zu verstehen und ihren/seinem Willen danach zu richten. Im Gespräch haben wir die gesundheitliche Ausgangslage und die medizinischen Folgen der im Einzelnen abgelehnt Maßnahmen umfassend besprochen und ich beschreibe den Inhalt dieses Gespräches wie folgt:**

Im Gespräch mit dem Patienten haben wir über seine Patientenverfügung gesprochen. Er hat seine Wünsche bezüglich medizinischer Entscheidungen und Behandlungspräferenzen ausführlich erläutert. Im Gespräch mit dem Patienten haben wir uns intensiv mit seiner Patientenverfügung auseinandergesetzt. Er hat seine Vorstellungen Wünsche bezüglich medizinischer Behandlung und lebenserhaltende Maßnahmen klar und detailliert kommuniziert. Wir haben auch über seine persönlichen Werten Prioritäten gesprochen, um sicherzustellen, dass seine Entscheidung respektiert werden.

**Ich als Ärztin/Arzt habe die Patientin/ den Patienten über Wesen und Folgen der Patientenverfügung für die medizinische Behandlung ausführlich informiert. Die Patientin/ der Patient schätzt die medizinischen Folgen der Patientenverfügung zutreffend ein, weil**

Der Patient setzt die medizinischen Folgen der Patientenverfügung zutreffend ein, weil ich als Arzt ihm ausführlich über das Wesen und die Auswirkungen der Patientenverfügung auf die medizinische Behandlung informiert habe. Dadurch konnte ein besseres Verständnis für die Konsequenzen seiner Entscheidung entwickeln.

---

Ort, Datum

Name, Unterschrift und Stempel

### 9. Bestätigung meiner Patientenverfügung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Patientenverfügung selbst errichtet habe.

---

Ort, Datum

Unterschrift

### 10. Zeugen

**Nur für den Fall, dass die/der Erkrankte nicht in der Lage ist zu unterschreiben**, muss sie/er bei „Unterschrift“ ein Handzeichen setzen. Dieses muss entweder notariell oder gerichtlich beglaubigt sein oder vor zwei Zeuginnen/Zeugen erfolgen. Eine/r der Zeuginnen/Zeugen muss den Namen der Person, die mit Handzeichen gefertigt hat, unter dieses Handzeichen setzen.

Wenn auch ein Handzeichen nicht möglich ist, muss die Errichtung der Patientenverfügung von einem Notar, einem Notar (oder einem Gericht) beurkundet werden.

#### 1. Zeugin/Zeuge

Name und Unterschrift \_\_\_\_\_

#### 2. Zeugin/Zeuge

Name und Unterschrift \_\_\_\_\_