

Patientenverfügung

Bei klarem Bewusstsein und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasse ich diese Patientenverfügung. Bei der Erstellung bin ich frei von Druck und Zwang, habe die Folgen meiner Entscheidungen reiflich überlegt und weiß auch um die rechtliche Tragweite meines Dokuments. Wenn ich aufgrund einer Erkrankung meinen Willen nicht mehr bilden oder ihn aus welchen Gründen auch immer nicht mehr äußern kann (zB. Bewusstlosigkeit) ist die Verfügung als mein aktueller Wille anzusehen und zu respektieren. Dies gilt, solange ich diese Verfügung in keiner wie immer gearteten Form widerrufe!

MEINE persönlichen DATEN

Name: _____ Geburtsname _____

Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort _____

Straße: _____ Plz/Wohnort _____

Telefon: _____ Fax/email _____

Die DATEN meiner VERTRAUENSPERSONEN, welche die volle ärztliche Auskunft über meinen gesundheitlichen Zustand erhalten und den Ärzten Auskunft über mich und meinen Willen geben dürfen:

Name: _____ Vorname _____

Verhältnis zum Patienten: _____

Straße: _____ Plz/Ort _____

Telefon: _____ Fax/email _____

Name: _____ Vorname _____

Verhältnis zum Patienten: _____

Straße: _____ Plz/Ort _____

Telefon: _____ Fax/email _____

Mein Vertrauensarzt, der mich vor der Erstellung der Patientenverfügung beraten hat, kann unter folgender Adresse erreicht werden:

Name, Vorname : _____

Straße: _____ Plz/Ort _____

Telefon: _____ Fax/email _____

Meine Werte und Einstellungen zu Leben und Tod. Meine gesundheitliche und soziale Ausgangslage

Folgende Hinweise auf meine Einstellung zum Leben, meinem Verständnis von Gesundheit, Krankheit, Sterben und Tod sollen dazu dienen, dass meine behandelnden Ärztinnen/Ärzte meine Patientenverfügung besser interpretieren können:

Meine konkreten Willenserklärungen

Folgende konkret beschriebene Behandlungen lehne ich gemäß § 4 PatVG ab:

Da mir meine selbstbestimmte Lebensgestaltung sehr wichtig ist, vertraue ich darauf, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ihre Entscheidungen bezüglich meiner medizinischen Behandlung gewissenhaft und bei vollem Respekt vor meinem hier vorliegenden Willen treffen und mit den von mir genannten Vertrauenspersonen umfassend besprechen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Inhalt und die persönliche Errichtung der Verfügung:

Ort/Datum

Fortsetzung: Formularseite 3 von 4; Hg FME

Unterschrift des Patienten

Ärztliche Stellungnahme zum Aufklärungsgespräch und Einschätzung der Willensbildung

Ich habe die Patientin/den Patienten gemäß den gesetzlichen Vorgaben im PatVG über Wesen und Folgen der vorliegenden Patientenverfügung umfassend informiert. Nach einem ausführlichen Gespräch kann ich das Verständnis für die Gesprächsinhalte und die realistische und irrtumsfreie Folgeneinschätzung der geplanten Therapieablehnungen bestätigen. Folgende Aspekte des Gespräches und der Willensbildung untermauern meine Einschätzung:

Ort/Datum

Name, Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Eintragung etwaiger Zeugen

Ich bestätige, dass mir der/die VerfasserIn dieser Patientenverfügung persönlich bekannt ist und diese Willenserklärung eigenhändig unterzeichnet hat. Ich habe an seiner/ihrer freien und selbstbestimmten Entscheidung keine Zweifel. Soweit ich es beurteilen kann, sind mir keine Anzeichen bekannt, die die Willens- bzw. Geschäftsfähigkeit des Verfassers dieser Patientenverfügung in Zweifel ziehen können.

Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Unterschrift _____

Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Unterschrift _____

Nachfolgender Abschnitt ist nur von Bedeutung, wenn eine VERBINDLICHE Patientenverfügung errichtet wird:

Bestätigung der Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung vor einem Notar/Rechtsanwalt/rechtskundigen Mitarbeiter einer Patientenvertretung:

Ich habe die Verfasserin/den Verfasser dieser Patientenverfügung persönlich über das Wesen einer verbindlichen Patientenverfügung, die rechtlichen Folgen sowie die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs belehrt. Insbesondere habe ich auch darauf hingewiesen, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die Verfügung befolgen müssen, selbst dann, wenn die untersagte Behandlung medizinisch indiziert wäre und die Unterlassung den Tod zur Folge haben könnte. Informationen und Folgeneinschätzungen wurden umfassend und zweifelsfrei verstanden.

Ort/Datum

Name, Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes