

# Patientenverfügung

Diese Patientenverfügung wird gemäß Patientenverfügungs-Gesetz (BGBl. I Nr. 55/2006) errichtet.

## ● Meine Patientenverfügung:

Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, bei klarem Bewusstsein, ohne Druck und Zwang, nach reiflicher Überlegung und in Kenntnis der rechtlichen Tragweite erstelle ich diese Patientenverfügung für den Fall, dass ich in Folge einer Krankheit meinen Willen als Patient(in) nicht mehr fassen oder – in welcher Form auch immer – äußern kann (z. B. Bewusstlosigkeit). Solange ich diese Patientenverfügung nicht widerrufe oder sonst zu erkennen gebe, dass sie nicht mehr wirksam sein soll, bzw. eine von mir vorgenommene Änderung vorliegt, gilt diese Patientenverfügung als Ausdruck meines Willens.

Ich möchte mit dieser Urkunde eine ..... Patientenverfügung errichten.

Diese Patientenverfügung ist beachtlich, auch wenn die Seite 4 nicht vollständig ausgefüllt ist. Als beachtliche Patientenverfügung muss sie als wichtige Orientierungshilfe berücksichtigt werden. (Ein ärztliches Aufklärungsgespräch wird in jedem Fall empfohlen!)

## 1 Meine Daten:

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Straße: ..... PLZ, Wohnort: .....

allenfalls:

Telefon: ..... Geburtsort: .....

Rel.-Bek.: ..... E-Mail: .....

## 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 fest:

.....  
.....  
.....  
.....

Dieses Formular wurde von den Patientenanwaltschaften Burgenland, Niederösterreich und Wien sowie Hospiz Österreich und Caritas in Zusammenarbeit mit den Bundesministerien für Gesundheit und für Justiz erarbeitet und wird von der Arbeitsgemeinschaft der Österreichischen Patientenanwälte, sowie den folgenden Institutionen empfohlen:



Caritas



PAB



NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft





.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**6 Sonstige Anmerkungen:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**7 Hinweis auf eine/n allfällige/n Vorsorgebevollmächtigte/n:**

Name: ..... Vorname: .....  
Straße: ..... PLZ, Wohnort: .....  
Telefon: ..... E-Mail: .....

Die Vollmachtsurkunde ist bei ..... hinterlegt.

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

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....

● **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 Zeugen erfolgen. Einer der 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 (oder Gericht) beurkundet werden.

1. Zeuge/in: ..... 2. Zeuge/in: .....  
Name und Unterschrift: ..... Name und Unterschrift: .....

## ● **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/seinen Willen danach zu richten.

Im Gespräch haben wir die gesundheitliche Ausgangslage und die medizinischen Folgen der im Einzelnen abgelehnten Maßnahmen umfassend besprochen und ich beschreibe den Inhalt dieses Gespräches wie folgt:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Nur wenn diese Seite ab hier vollständig ausgefüllt ist, ist diese Patientenverfügung für meine behandelnden Ärztinnen/Ärzte verbindlich.**

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

.....

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum:

Name, Unterschrift und Stampiglie Ärztin/Arzt:

.....

## ● **Errichtung vor einem rechtskundigen Patientenvertreter oder vor einem Notar bzw. Rechtsanwalt:**

Ich habe den Erklärenden über das Wesen der verbindlichen Patientenverfügung und die rechtlichen Folgen sowie die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs belehrt. Insbesondere habe ich darauf aufmerksam gemacht, dass die Verfügung vom Arzt in aller Regel befolgt werden muss, selbst dann, wenn die untersagte Behandlung medizinisch indiziert ist.

Ort, Datum:

Name, Unterschrift und Stampiglie des rechtskundigen Patientenvertreters, Notars bzw. Rechtsanwalts:

.....

# ■ Erneuerung einer Patientenverfügung

Gemäß § 7 Abs 1 Patientenverfügungs-Gesetz (BGBl. I Nr. 55/2006 i.d.g.F.)

## Ich, Frau/Herr

Vorname(n) \_\_\_\_\_

Nachname(n) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

**erkläre hiermit nach reiflicher Überlegung und erfolgter ärztlicher Aufklärung, dass ich meinen in der Patientenverfügung vom \_\_\_\_\_ erklärten Willen unverändert aufrecht erhalte und formell erneuere.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## ■ Zeuginnen/Zeugen

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 einer Notarin/einem Notar (oder einem Gericht) beurkundet werden.

### 1. Zeugin/Zeuge

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### 2. Zeugin/Zeuge

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## ■ Ärztliche Aufklärung durch Frau Dr./Herrn Dr.:

---

Name

**Als Ärztin/Arzt bestätige ich nach einem ausführlichen Gespräch über die Erneuerung dieser Patientenverfügung mit der Patientin/dem Patienten, dass diese(r) zum Zeitpunkt dieser Beratung in der Lage ist, das Besprochene zu verstehen und ihren/seinen Willen danach zu richten.**

Die gesundheitliche Ausgangslage und der Wille der Patientin/des Patienten haben sich gegenüber dem Zeitpunkt der ursprünglichen Errichtung der Patientenverfügung nicht geändert. Ich habe die Patientin/den Patienten unter Berücksichtigung des nunmehr aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaften über Wesen und Folgen der erneuerten Patientenverfügung für die medizinische Behandlung ausführlich informiert und bestätige, dass die Patientin/der Patient die medizinischen Folgen der Patientenverfügung weiterhin zutreffend einschätzt.

**Ergänzend führe ich dazu an:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ort, Datum

Name, Unterschrift und Stempel Ärztin/Arzt