

# Patientenverfügung

Diese Patientenverfügung wird gemäß Patientenverfügungs-Gesetz (BGBl. 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.

Diese Patientenverfügung soll verbindlich gelten.

### [1] Meine Daten

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

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

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 bzw. meiner religiösen Einstellung fest:

---

---

---

---

### [3] Inhalt der Patientenverfügung

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Die medizinischen Behandlungen**, die ich im Folgenden konkret beschreibe, **lehne ich ab:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**[4] Sonstige Anmerkungen**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**[5] Meine Vertrauenspersonen**

Folgende Person(en) dürfen von Ärztinnen/Ärzten Informationen über meinen Gesundheitszustand erhalten:

Vor- und Nachname(n) \_\_\_\_\_

Straße/Nr., Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname(n) \_\_\_\_\_

Straße/Nr., Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## [6] Hinweis auf eine Vorsorgevollmacht

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

Vor- und Nachname(n) \_\_\_\_\_

Straße/Nr., Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## [7] Ärztin/Arzt, die/der mich beim Erstellen der Patientenverfügung aufgeklärt und beraten hat

Vor- und Nachname(n) \_\_\_\_\_

Straße/Nr., Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## [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/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:

---

---

---

---

---

---

---

---

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 Stempel Ärztin/Arzt

## **[9] Errichtung vor einer/einem rechtskundigen Mitarbeiterin/Mitarbeiter der Patientenvertretung oder des Erwachsenenschutzvereins oder vor einer Notarin/einem Notar bzw. einer Rechtsanwältin/einem Rechtsanwalt.**

Ich habe die errichtende Person 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 von der Ärztin/vom Arzt in aller Regel befolgt werden muss, selbst dann, wenn die untersagte Behandlung medizinisch indiziert ist.

Ort, Datum

Name, Unterschrift und Stempel

## **[10] Bestätigung meiner Patientenverfügung**

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

Ort, Datum

Unterschrift

## **[11] 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 einer Notarin/einem Notar (oder einem Gericht) beurkundet werden.

### **1. Zeugin/Zeuze**

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

### **2. Zeugin/Zeuze**

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

## **Hinweis**

Falls diese Patientenverfügung nicht alle Formvorschriften einer verbindlichen Patientenverfügung erfüllen sollte, ist sie dennoch bei der Ermittlung des Patientenwillens zu berücksichtigen (§§ 8, 9 Patientenverfügungs-Gesetz).

Dieses Formular wurde in Zusammenarbeit der ARGE PatientenanzwältInnen und Hospiz Österreich erarbeitet und wird von dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz sowie den folgenden Institutionen empfohlen:

