

Patientenverfügung / Willenserklärung

Gilt nur für den Fall, daß ich mich selbst über einen Zeitraum von mehreren Tagen oder Wochen nicht mehr äußern kann und auch keine reale Aussicht auf meine Mitteilbarkeit besteht.

Willenserklärung

Bei klarem Bewußtsein gebe ich hiermit meinen Willen für den Zeitpunkt bekannt, an dem ich infolge Krankheit, Schwäche oder Bewußtlosigkeit nicht mehr in der Lage bin, meine Wünsche mitzuteilen.

Vor- und Nachname:

.....

Geburtsdatum:

.....

Religionsbekenntnis:

.....

Straße:

.....

PLZ, Ort:

.....

ev. Telefon:

.....

Kann ich wegen Krankheit, Schwäche oder Bewußtlosigkeit meinen Willen nicht mehr mitteilen, so ermächtige ich folgende Vertrauenspersonen die notwendigen medizinischen Entscheidungen im Sinne dieser Erklärung für mich zu treffen:

1)

Vor- und Nachname:

.....

Anschrift:

.....

Telefon:

.....

2)

Vor- und Nachname:

.....

Anschrift:

.....

Telefon:

.....

Ich vertraue auf die Ärzte, daß sie meine Menschenwürde achten und auch in Situationen, in denen ich meinen Willen nicht mehr mitteilen kann, meine Entscheidungen respektieren. Solange nach medizinischer Erkenntnis Aussicht auf Erholung aus diesem Zustand besteht, will ich nach den geltenden Regeln der Medizin behandelt werden. Ich akzeptiere Eingriffe, die zur Genesung oder Erholung unerlässlich sind und zur Durchführung einer schonenden und menschenwürdigen Pflege notwendig sind.

- Bei aussichtsloser Prognose hinsichtlich meiner Krankheit
- Im Falle einer nicht mehr endenden Bewußtlosigkeit
- Bei wahrscheinlich schwerer Dauerschädigung des Gehirns

lehne ich eine Intensivtherapie oder eine Wiederbelebung ab.

Ist auf Grund meines Gesundheitszustandes ein bewußtes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung nicht mehr zu erwarten, so verweigere ich ausdrücklich die Zustimmung zu jeder medizinischen Maßnahme, die nur der Verlängerung des Sterbevorganges oder der Verlängerung des Leidens dient. Ich erbitte jedoch eine Behandlung nach den Prinzipien der Palliativmedizin (palliativ = Schmerz und Angst lindemd, erleichtemd).

- Ich erwarte eine wirkungsvolle Schmerzlinderung, auch wenn dadurch eine geringfügige Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist.
- Ich erwarte eine meiner Konfession entsprechende religiöse Begleitung oder Betreuung.

Ich wünsche in meiner letzten Lebensphase

- mir die Pflege in meiner Familie zu ermöglichen
- nach Möglichkeit auf eine Palliativstation oder in ein Hospiz gebracht zu werden.

Raum für weitere Wünsche:

....

Ich bitte meine behandelnden Ärzte, ihre Entscheidungen bezüglich meiner lebenserhaltenden Therapie gewissenhaft und nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung zu treffen und mit den vorstehend genannten Vertrauenspersonen zu besprechen sowie diese über meinen Zustand und die Prognose ohne Vorbehalt aufzuklären. Zu diesem Zweck entbinde ich meine behandelnden Ärzte von der Verschwiegenheitspflicht in Bezug auf die genannten Vertrauenspersonen.

Ich möchte mein Leben und Sterben in Würde, Achtung und Humanität zu Ende bringen und vertraue darauf, daß meine Wünsche erfüllt werden.

Ich danke von Herzen allen Personen für jede Hilfe, die sie mir für ein menschenwürdiges und persönliches Sterben angedeihen lassen.

.....
Datum, eigenhändige Unterschrift

.....
Wiederbestätigt am (Datum) eigenhändige Unterschrift

.....
Wiederbestätigt am (Datum) eigenhändige Unterschrift

.....
Wiederbestätigt am (Datum) eigenhändige Unterschrift

Diese Willenserklärung basiert auf einem Text der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft und wurde vorn Dachverband HOSPIZ ÖSTERREICH mit den Verantwortlichen der Hospizbewegung in den Bundesländern überarbeitet.

Sie ist erhältlich bei:

- bei der Tiroler Hospizgemeinschaft, 6020 Innsbruck, Heiliggeiststraße 16, Tel. 0512/7270-38
- bei den regionalen Hospizgruppen in den österreichischen Bundesländern
- in den Hospizen, Palliativstationen und bei den ambulanten Hospizdiensten

- beim Dachverband Hospiz Österreich, 1130 Wien, Lainzerstraße 138, Tel. 01 /80475 93

Herausgeber: Dachverband HOSPIZ ÖSTERREICH / Menschenwürde bis zuletzt
A-1130 Wien, Lainzerstraße 138, Tel. 01 /804 75 93, dachverband@hospiz.at, www.hospiz.at
1. September 1997