

## Checkliste Themen Patientenverfügung

### Abschnitt 1 „Ouvertüre“

- Mein Leben war...
- Ich weiß über meine Krankheit Bescheid,...
- Eventuell Summierend:**
  - Ich möchte nicht, dass mein Leben um jeden Preis verlängert wird.** Mein unmittelbarer Sterbeprozess soll akzeptiert und höher gewertet werden, als die medizinischen und technischen Möglichkeiten einer zeitlichen Verlängerung meines Lebens.

### 1. Überlegung

#### Abschnitt 1: Überbrückende Therapien

Grundsätzlich möchte ich, dass **überbrückende Therapien in medizinischen Notfällen und akuten Erkrankungen** sowie Erkrankungen/Verletzungen von **geringem Ausmaß**, die nach ärztlichem Ermessen keine lebensbedrohlichen Folgen befürchten lassen, solange durchgeführt werden, als eine **Wiederherstellung des vorherigen Zustandes in kurzer Zeit** nach sorgfältiger ärztlicher Einschätzung realistisch ist und ich mich danach zumindest in einem **adäquaten Lebenszustand mit ähnlicher Lebensqualität wie zuvor** befinde.]

#### Abschnitt 2 Meine konkreten Willenserklärungen

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

- (+) **Solange** nach ärztlichem Ermessen die **Aussicht auf Heilung oder Erhaltung meines Lebens unter Wahrung der von mir definierten Lebensqualität (selbstbestimmtes Leben) besteht**, möchte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller medizinisch noch sinnvollen Möglichkeiten.
- (-) Ist aufgrund meines Gesundheitszustandes ein bewusstes Leben nicht mehr zu erwarten, ist ein **selbstbestimmtes Leben (Pflegefall) nicht mehr zu erwarten**, oder befinde ich mich nach sorgfältiger ärztlicher Einschätzung in einer voraussichtlich nicht mehr endenden Bewusstlosigkeit,

**und befinde ich mich zugleich nach ärztlichem Ermessen in einer Phase des durch meine Grunderkrankung zu Ende gehenden Lebens,**

⇒ so verweigere ich ausdrücklich die Zustimmung zu jeder medizinischen Maßnahme, die nur der Verlängerung des Sterbevorganges, der Verlängerung meines Leidens oder einer starken Beeinträchtigung eines ruhigen Sterbens dient.

[Wenn bislang noch nicht angesprochen:  
Nochmals auf **Abschnitt 1 rekurrieren**: Grundsätzlich möchte ich, dass **überbrückende Therapien in medizinischen Notfällen und akuten Erkrankungen** sowie Erkrankungen/**Verletzungen von geringem Ausmaß**, die nach ärztlichem Ermessen keine lebensbedrohlichen Folgen befürchten lassen, solange durchgeführt werden, als eine **Wiederherstellung des vorherigen Zustandes in kurzer Zeit** nach sorgfältiger ärztlicher Einschätzung realistisch ist und ich mich danach zumindest in einem **adäquaten Lebenszustand mit ähnlicher Lebensqualität wie zuvor** befinde.]

## Konkrete Ablehnungen

Insbesondere lehne ich...

- Wiederbelebung** (kardiopulm. Reanimation)  
Ebenso lehne ich jede Form von Wiederbelebungsversuchen ab.
- Intensivstation**  
jede Intensivtherapie und auch den Aufenthalt an der Intensivstation ab,
- Organersatztherapie**  
Ich lehne weiters aller Formen von Organ-Ersatztherapie (z.B. Blutwäscheverfahren, ... ) ab.
- Künstl. Beatmung (maschinell)**  
Im Fall einer eintretenden Atemnot und nicht ausreichender selbstständiger Atmung möchte ich keinesfalls intubiert und beatmet werden. Vielmehr wünsche ich mir, dass meine Atemnot nur symptomatisch durch palliativmedizinische Maßnahmen (medikamentös) gelindert wird

[Eine **vorübergehende „überbrückende“ Beatmung** im Zusammenhang mit den in Abschnitt 1 angegebenen medizinischen Notfällen und akuten Erkrankungen bleibt davon unbeeinflusst!]

**Blutkonserven**  
Ich lehne die Gabe von Blutkonserven ab.

**Operationen jeglicher Art**

**Künstl. Ernährung (PEG-Sonde + parent. Ernährung)**  
Ich möchte keine Ernährung über eine Ernährungssonde (zum Beispiel: PEG-Sonde, Magensonde, zentrale Venenzugänge) und verweigere daher meine Zustimmung zum Setzen solcher Maßnahmen. Mir ist bewusst, dass es dazu keine alternative Ernährungsmöglichkeiten geben kann und nehme in Kauf, dass dadurch auch mein Leben verkürzt werden kann

( Abschnitt1: Eine vorübergehende „überbrückende“  
Ernährungsmaßnahme im Zusammenhang mit den in Abschnitt  
1 angegebenen medizinischen Notfällen und akuten  
Erkrankungen bleibt davon unbeeinflusst!)

**Flüssigkeit**  
Die Gabe von Flüssigkeit lasse ich im Rahmen der palliativmedizinischer Maßnahmen für den Fall zu, dass mein Betreuungsteam zur Einschätzung gelangt, dass ich unter Durst leiden könnte

**Chemotherapie**

**Strahlentherapie**

**Unfälle/Verletzungen**  
Sollte eine Erkrankung/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 und stimme höchstens der Aufnahme auf einer Palliativstation zu, wobei die Palliativstation „XY“ des KH „XY“ meine erste Wahl wäre

## **Konkrete Zustimmungen**

**Palliativmedizin**  
Ich stimme einer Behandlung nach den Prinzipien der Palliativmedizin zu. (Schmerz, Leid und Angst lindernd, erleichternd)

**Schmerzbekämpfung**  
Ich stimme einer wirkungsvollen Schmerzlinderung zu, auch wenn dadurch eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist.

**Pflege zu Hause - Aufnahme im Krankenhaus - Palliativstation**

Ich möchte in meiner letzten Lebensphase zu Hause gepflegt werden. Wenn dies nicht mehr möglich ist, möchte ich gerne auf einer Palliativstation/in einem Hospiz betreut

werden,- wobei die Palliativstation XY des KH „XY“ meine erste Wahl wäre. **Auf keinen Fall aber** möchte ich in dieser Lebensphase im KH „ZZ“ aufgenommen werden!

**Vertrauenspersonen**

Die von mir angegebenen Vertrauenspersonen dürfen über alle mich betreffenden Belange informiert und in die Entscheidungen einbezogen werden.

**Spezielle Anmerkungen:**

- **Zweitmeinung eines Arztes**
- **Ermessensspielraum für Ärzte**
- **ZEITRAUM bis zur Kenntnis „nicht mehr endenden Bewusstlosigkeit“**

**Ergänzende Anmerkungen**

**Psychische Begleitung** Ich stimme einer psychischen Begleitung zu, (wobei diese nach Möglichkeit durch meine gewohnte Therapeutin, Fr. XY erfolgen sollte)

**Seelsorgliche Betreuung**

Ich ersuche um eine religiöse Begleitung durch.... / lehne jede religiöse Begleitung ab

**Sachwalterbestellung**

Für den Fall, dass eine Sachwalterbestellung erforderlich wird, möchte ich, dass XY, der auch als erste Vertrauensperson angeführt ist, zu meinem Sachwalter bestellt wird. Im Verhinderungsfall ersuche ich meine als zweite Vertrauensperson angeführte Frau XY diese Aufgabe zu übernehmen

**IMEG**

Institut für Medizinethik  
und Ethik im Gesundheitswesen  
1190, Grinzinger Straße 26  
Tel: 320-51-32  
<http://www.medethik.at>