



Beratung
und Therapie
bei ALS

Susanne Wäger, DGKP

T +43 699 128 108 15

Info-als@beratung-v.at

www.beratung-v.at

Patientenverfügung bei Amyotropher Lateralsklerose (ALS)

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 im 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] Patientenverfügung unter Berücksichtigung der Grunderkrankung: Amyotrophe Lateralsklerose (ALS):

Meinen, durch ein Kreuz gekennzeichneten, Wünschen soll wie folgt entsprochen werden:

1. Invasive mechanische Beatmung (endotracheale Intubation)

- ☐ Ich möchte **unter keinen Umständen**, dass eine invasive mechanische Beatmung zum Einsatz kommt. Ich nehme in Kauf, dass durch den Verzicht auf diese Maßnahme mein Tod u.U. früher eintreten kann (z.B.: wenn die Beatmung aufgrund einer Lungenentzündung nur vorübergehend erforderlich wäre, da die Lungenentzündung behandelbar ist).
- ☐ Einer invasiven mechanischen Beatmung **stimme ich zu**, wenn nach Einschätzung entsprechender Fachpersonen, die **Ursache des Atemversagens als wahrscheinlich reversibel** gilt, z.B. im Fall einer drohenden Erstickung. Ist die Beatmung bedingt durch das Fortschreiten der Grunderkrankung nötig, wünsche ich keine Beatmung, auch wenn das wahrscheinlich einen früheren Tod zur Folge haben wird.

Wird eine dauernde invasive mechanische Beatmung erforderlich, dann:

- ☐ möchte ich, dass - **ungeachtet der Umstände** - die mechanische Beatmung **nicht weiter** fortgeführt wird, im Wissen, dass dies zu meinem Tod führen wird.
- ☐ möchte ich, dass die mechanische Beatmung nicht weiter fortgeführt wird im Fall eines **dauerhaft bewusstlosen Zustandes** (attestiert von zwei unabhängigen Ärzten) oder der **dauerhaften Unfähigkeit zu kommunizieren**.
- ☐ möchte ich, dass die mechanische Beatmung nicht weiter fortgeführt wird, sollte ich nicht mehr **in mein häusliches Umfeld** zurückzukehren können.
- ☐ Eine invasive mechanische Beatmung soll **unter allen Umständen für Atemversagen (das nicht anderweitig behandelbar ist)** eingesetzt werden und eine Langzeitbeatmung mit Tracheostoma - unter Berücksichtigung der folgenden Ausnahmen - weitergeführt werden:
 - ☐ Die invasive mechanische Beatmung soll beendet werden, im Fall eines **dauerhaften bewusstlosen Zustandes** (attestiert von zwei unabhängigen Ärzten).
 - ☐ Die invasive mechanische Beatmung soll beendet werden im Fall meiner **dauerhaften Unfähigkeit zu kommunizieren** ("Locked-in").
 - ☐ Die invasive mechanische Beatmung soll beendet werden, sollte ich **nicht mehr in der Lage sein, in mein häusliches Umfeld** zurückzukehren.

2. Perkutane Endoskopische Gastrostomie (PEG-Sonde) = eine Ernährungssonde, die endoskopisch über die Bauchdecke direkt in den Magen eingelegt wird.

- ☐ Eine PEG-Sonde soll zu **keinem Zeitpunkt** im Verlauf meiner Erkrankung eingesetzt werden.
- ☐ Eine PEG-Sonde soll eingesetzt werden, falls es für die Gabe von Nahrung und Medikamenten **im Ermessen meines Arztes erforderlich ist**, unabhängig von der Entscheidung in Bezug auf eine invasive mechanische Beatmung.

Die Sondenernährung soll weitergeführt werden mit folgenden Ausnahmen:

- ☐ **Ich möchte**, dass eine PEG-Sondenernährung beendet wird, unabhängig von den Begleitumständen, im Wissen, dass dies zu meinem Tod führen wird.
- ☐ Eine PEG-Sondenernährung soll im Fall eines **dauerhaft bewusstlosen Zustandes** (attestiert von zwei unabhängigen Ärzten) oder meiner **dauerhaften Unfähigkeit zu kommunizieren** ("Locked-in") beendet werden.
- ☐ Eine PEG-Sondenernährung soll beendet werden, wenn ich **nicht mehr in der Lage bin, in mein häusliches Umfeld** zurückzukehren.

In allen Fällen wünsche ich von meinem/er Arzt/Ärztin, dass er/sie **belastende Symptome (z.B. Schmerzen, Angstzustände u.a.)** mit den entsprechenden Medikamenten nach bestem Wissen behandelt.

[4] Sonstige Anmerkungen

[5] 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 _____

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

Vor- und Nachname(n) _____

Straße/Nr., Postleitzahl, Wohnort _____

Telefon _____ E-Mail _____

[7] 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.

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

[8] Bestätigung meiner Patientenverfügung

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

Ort, Datum, Unterschrift

[9] Meine Vertrauenspersonen

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

1. Vor- und Nachname(n) _____

Straße/Nr., Postleitzahl, Wohnort _____

Telefon _____ E-Mail _____

2. Vor- und Nachname(n) _____

Straße/Nr., Postleitzahl, Wohnort _____

Telefon _____ E-Mail _____

[10] 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/Zeuge

Name und Unterschrift

2. Zeugin/Zeuge

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). Die Verfügung wurde von Dr. Susanne Hartmann-Fussenegger überarbeitet.

In Anlehnung an das online Formular der ARGE www.patientenanwalt.com