

# ■ 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