# OrganspendeWIDERSPRUCH (opt-out) und Patientenverfügung

□ ergänzend zu meiner Patientenverfügung vom \_\_.\_\_.\_\_\_\_.

Bei etwaigen Widersprüchen oder Unklarheiten **geht dieser Organspendewiderspruch allen anderen Erklärungen vor.** Dies gilt auch dann, wenn sie jüngeren Datums sind.

**An diesen Widerspruch sind auch meine gesetzlichen Vertreter/innen gebunden.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vorname(n) und Nachname:** |  |
| **geboren:** | **am in** |
| **Wohnort und Straße:** |  |

1. **Ich untersage bei infauster Prognose ausdrücklich jegliche Art von Hirntoddiagnostik (Irreversibler Hirnfunktionsausfall - IHA) inklusive den Apnoetest.**
2. **Ich widerspreche der Entnahme von Organen, Geweben und/oder Knochen.**
3. **Ich untersage bei infauster Prognose eine Verlegung aus einem peripheren Klinikum an den Ort der Transplantationseinheit.**
4. **Ich untersage jegliche Maßnahmen zur Spenderkonditionierung und fremdnützige Organuntersuchungen zum Zweck der späteren Organentnahme. Außerdem das Absetzen von Schmerz- und Beruhigungsmittel im Vorfeld einer Hirntoddiagnostik.**
5. Bei absehbarem Zusteuern auf eine Hirntodsymptomatik oder der sicheren Prognose meines baldigen Todes möchte ich, dass meine Behandlung auf eine palliative Therapie umgestellt wird, **nach Absprache und Zustimmung** **meiner gesetzlichen Vertreter/innen** und/oder Angehörigen.
6. **Ich untersage ausdrücklich die Hinzuziehung der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), Eurotransplant** und/oder anderer Organisationen, deren Ziel eine Organspende ist und die mit der Vermittlung und Abwicklung von Organtransplantationen befasst sind. **Ich untersage ausdrücklich die Weitergabe meiner Daten an die vorgenannten Organisationen.**
7. **Ich untersage Transplantationsbeauftragten meine Behandlung und den Zugang zu meinen Daten.**
8. Sollten meine gesetzlichen Vertreter/innen oder Angehörigen eine **Verlegung in ein anderes Krankenhaus** wünschen, **so stimme ich dem ausdrücklich zu**. Ich bin mir bewusst, dass dies für mich mit Risiken und Kosten verbunden sein kann.
9. **Meinen gesetzlichen Vertreter/innen** steht eine Kopie meiner **Krankenakte** zu (§ 630g BGB). Ich entbinde hierfür ausdrücklich die mich behandelnden Ärzte- und Pflegeschaft von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.
10. Ich untersage auch **die Implantation von Organen, Gewebe und/oder Knochen von Dritten.**

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum und Unterschrift |  |