**OrganspendeWIDERSPRUCH und Patientenverfügung**

ergänzend zu meiner Patientenverfügung vom **[Datum Ihrer eventuell bereits bestehenden PV]**.

**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 gebunden.**

Vollständiger Name: **[Ihr Vollständiger Name]**

Geboren am **[Ihr Geburtsdatum]** in **[Ihr Geburtsort]**

Anschrift: **[Ihre vollständige Meldeadresse]**

Mein OrganspendeWIDERSPRUCH ist registriert in [Österreich, Frankreich und Italien].

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 untersage ich das Absetzen von Schmerz- und Beruhigungsmitteln im Vorfeld einer Hirntoddiagnostik.**
5. **Ich untersage ausdrücklich die Hinzuziehung der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO)** und/oder jede anderer Organisationen, deren Ziel die Organbeschaffung ist und die mit der Vermittlung und Abwicklung von Organtransplantationen befasst sind. **Ich untersage ausdrücklich die Weitergabe meiner Daten an die vorgenannten Organisationen**.
6. **Ich untersage Transplantationsbeauftragten (TxB) meine Behandlung und den Zugang zu meinen Daten.** Sollte der Oberarzt oder Chefarzt der Transplantationsbeauftragte der Intensivstation sein, so untersage ich ihm in seiner Funktion als TxB hinsichtlich Diagnostik und allen anderen die Vorbereitung und den Prozess einer Transplantation betreffenden Handlungen an mir vorzunehmen (siehe 4.) **In seiner Funktion als mich zu meinem Wohle (sei es kurativ oder palliativ) behandelnder Arzt, ist es ihm selbstredend erlaubt und erwünscht, mich nach bestem Wissen und Gewissen zu behandeln, jedoch nicht zum Wohle oder Nutzen einer anderen, dritten Person.**
7. 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** meines gesetzlichen Vertreters.
8. Sollte mein gesetzlicher Vertreter zu der Überzeugung kommen, **dass es sinnvoll und notwendig ist, einen externen Mediziner in meine Behandlung einzubeziehen, so ist diesem Mediziner der Zugang zu mir und meiner Krankenakte zu ermöglichen.**
9. Sollte mein gesetzlicher Vertreter zu der Überzeugung kommen, dass es sinnvoll und notwendig ist, mich in ein **anderes Krankenhaus verlegen zulassen, so stimme ich dem ausdrücklich zu**.
10. **Meinem gesetzlichen Vertreter** 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.
11. **Ich untersage auch die Implantation von Organen, Gewebe und/oder Knochen von Dritten.**
12. **Ich untersage die Teilnahme an jeglichen Studien.**

**Mein Patientenvertreter ist:**

Vollständiger Name: **[Vollständiger Name Ihres Patientenvertreters]**

Telefon **[Telefonnummer Ihres Patientenvertreters]**

Mobil **[Mobilfunknummer Ihres Patientenvertreters]**

Anschrift: **[Name Ihres Patientenvertreters]**

**[Ort]**, **[Aktuelles Datum]**

*Ihre Unterschrift*

**[Ihr Vor- und Zuname]**