**INFORMATIONSBLATT MEDIZINISCHE LEISTUNG**

Um gültig zu sein, muss eine Einwilligung zu medizinischen Leistungen folgende Eigenschaften aufweisen:

**Persönlich:** die Vertretung durch Dritte ist nicht zulässig (außer für Minderjährige und Entmündigte);

**Informiert und explizit:** Die Fachkraft des Gesundheitswesens muss sicherstellen, dass die dem Patienten vermittelte Information wirksam ist und seiner Verständnisfähigkeit Rechnung trägt;

**Präventiv:** Die Einwilligung muss vor der Ausführung der betreffenden Leistungen eingeholt werden;

**Spezifisch:** Die Fachkraft ist verpflichtet, alle für eine gültige Einwilligung notwendigen Elemente und Informationen zu liefern;

**Frei:** Die Einwilligung darf nicht unter Zwang erteilt werden und muss auf einer genauen Bewertung der Informationen ebenso wie auf einer Einschätzung der möglichen Folgen einer Behandlung bzw. Nicht-Behandlung und der verschiedenen Behandlungsalternativen beruhen;

**Bewusst:** Die Einwilligung muss das Ergebnis einer unbeeinflussten und freien Entscheidung sein, ohne Fehler und Täuschung und ohne jede Form von Zwang, therapeutischer Abhängigkeit oder Überlegenheit der Fachkraft;

**Vollständig:** Die Einwilligung muss für alle vorgesehenen und/oder für all jene Leistungen eingeholt werden, die Teil der Leistung sind, für die die Einwilligung eingeholt wird;

**Aktuell:** Zwischen der Erteilung der Einwilligung und der Leistung selbst darf nur wenig Zeit vergehen, damit kein Zweifel am Wille des Patienten, sich der Behandlung zu unterziehen, entstehen kann. Eine Einwilligung gilt nie auf unbegrenzte Zeit;

**Manifest:** Die Einwilligung muss nach einer klar definierten Vorgehensweise eingeholt werden, ein reines Nichteinverständnis oder eine stillschweigende Zustimmung sind nicht ausreichend; außerdem kann eine Einwilligung nie als implizit angenommen werden;

**Widerrufbar:** Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden, auch direkt vor Beginn der durchzuführenden Leistung. Der Patient kann explizit auf sein Recht auf Information verzichten; in diesem Fall spricht man von Zustimmung, mit anderen Worten eine Art passive Akzeptanz der vorgeschlagenen Leistung;

**Mitteilungsbedürftig:** Da sich die Handlung an eine bestimmte Person richtet, tritt die Wirkung erst dann ein, wenn die betreffende Person davon erfährt;

**Verlangt:** Die Durchführung der Leistungen und Behandlungen ist an die schriftliche und verbindliche Vorlage der bisher beschriebenen Eigenschaften gebunden.

Die Einwilligung muss von einer zurechnungsfähigen Person erteilt werden.

Im Falle entmündigter Personen obliegen die Information und die Einwilligung dem Vormund oder dem Sachwalter mit, sofern dieser ausdrücklich für den Gesundheitsbereich zuständig ist.

Teilentmündigte Personen erteilen selbst ihre Einwilligung (oder Nichteinwilligung).

Als faktisch handlungsunfähig bezeichnet man jene Personen, die zwar nicht entmündigt sind, aber aus irgendeinem Grund nicht in der Lage sind, ihre Einwilligung oder Nichteinwilligung auszudrücken.

Besonders wichtig ist die Art, wie die Informationen vermittelt werden: sie müssen klar und für den Empfänger verständlich sein, eine allzu technische Sprache sollte vermieden werden.

Der Krankenpfleger \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gewährleistet die genaue Einhaltung der oben genannten Vorgaben.

Medizinische und therapeutische Leistungen werden ausschließlich bei Vorliegen einer Einwilligung nach Aufklärung des Patienten (oder des Angehörigen, der als Bezugsperson fungiert, oder des Sachwalters) erbracht. Die im unteren Teil erteilte Einwilligung kann eine vorher erteilte Einwilligung widerrufen.

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

Ich Unterfertigte/r (oder Bezugs-Angehöriger oder Sachwalter) erkläre, von ausführliche Erklärungen zum Betreuungskonzept und zu den damit verbundenen Leistungen erhalten zu haben, im Sinne der Vorgaben des beiliegenden Informationsblattes, von dem mir eine Kopie übergeben wurde.

Außerdem erkläre ich, dass ich die Möglichkeit hatte, diese Erklärungen zu besprechen und alle Fragen zu stellen, die mir notwendig erschienen, und dass ich zufriedenstellende Antworten auf meine Fragen bekommen habe.

Ich erkläre mich somit mit dem besprochenen Betreuungskonzept einverstanden, nachdem ich die Bedeutung desselben zur Gänze verstanden habe, ebenso wie die damit verbundenen Risiken und Vorteile.

Datum

Unterschrift des Patienten (oder des Bezugs-Angehörigen oder des Sachwalters)

Datum

Unterschrift des Krankenpflegers

**Im Falle eines Widerrufs**

Datum

Unterschrift des Patienten (oder des Bezugs-Angehörigen oder des Sachwalters)

Datum

Unterschrift des Krankenpflegers