Patientenerklärung: Ablehnung jeglicher Injektionen, Infusionen oder Präparate ohne schriftliche Zustimmung

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Krankenhaus / Einrichtung: _____

Station / Behandelnder Arzt: _____

Hiermit erkläre ich in voller Rechts- und Geschäftsfähigkeit:

Ich verweigere ausdrücklich die Verabreichung **jeglicher Injektionen, Infusionen oder sonstiger verabreichbarer Präparate** – unabhängig von Art, Bezeichnung oder Wirkstoff – sofern ich nicht vorab **schriftlich zugestimmt** habe.

Dies gilt ohne Ausnahme, einschließlich:
• Medikamente
• Biologika / Biogenics
• Impfstoffe
• gentechnisch oder biologisch hergestellte Substanzen

Ich verlange gemäß Patientenrechtegesetz vor jeder Maßnahme eine umfassende Aufklärung und meine aktive Einwilligung (informed consent).

Ich untersage jede Verabreichung ohne mein schriftliches Einverständnis.

Selbst im Notfall bleibt diese Entscheidung bestehen, solange keine unmittelbar lebensbedrohliche Situation vorliegt und keine gleichwertige alternative Behandlungsmöglichkeit vorhanden ist.

Ich wünsche, dass meine Entscheidung **in meiner Patientenakte vermerkt** wird.

Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____

Unterschrift Zeuge (optional): _____

Name Zeuge: _____

Anmerkung für das Krankenhauspersonal
Diese Erklärung basiert auf meinem Recht auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit gemäß:
• § 630d BGB – Einwilligung des Patienten
• § 630e BGB – Aufklärungspflichten
• Art. 2 Abs. 2 GG – Recht auf körperliche Unversehrtheit
• Art. 1 Abs. 1 GG – Menschenwürde

Meine Entscheidung ist verbindlich und Bestandteil meiner Patientenverfügung.