

## Patientenverfügung, wenn das Gedächtnis nachlässt (Demenz)

Name \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

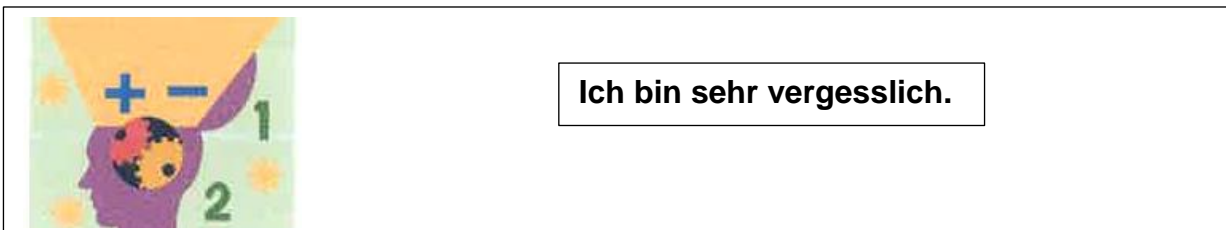
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Wohnanschrift \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_



Ich befinde mich im Anfangsstadium einer demenziellen Erkrankung. Ich habe Probleme mit meinem Kurzzeitgedächtnis und manchmal fallen mir auch die richtigen Worte nicht ein. Dennoch bin ich in der Lage, meine Gedanken und meine Wünsche zu bestimmten Lebenssituationen zu äußern. Ich habe mich beraten lassen, mein Wille und meine Wünsche werden hier aufgeschrieben.

Meine Selbstständigkeit im Rahmen meiner Möglichkeiten ist mir sehr wichtig. Solange wie möglich möchte ich zu Hause bleiben können. Aber ich habe Angst davor, völlig abhängig von der Hilfe anderer zu sein. Das ist für mich nicht mehr lebenswert.

Ich verpflichte meine mich behandelnden Ärzte, meinen Willen zu respektieren.


Die als Bevollmächtigte oder Betreuer eingesetzten Vertreter sollen meine Entscheidungen im Rahmen dieser Erklärung für mich durchsetzen.

**Ich bestimme für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr äußern kann:**

**Ich bestimme für den Fall, dass ich nicht mehr entscheidungsfähig bin, insbesondere für folgende Situationen:**

- Wenn der Arzt feststellt, dass ich im Sterben liege.
- Wenn ich infolge meiner Demenzerkrankung auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, zu essen und zu trinken
- Wenn ich so krank bin, dass man mir medizinisch nicht mehr helfen kann. Wenn der Arzt bestätigt, dass ich an dieser Erkrankung sterben werde.
- Wenn mein Gehirn so beschädigt ist, dass ich zwar die Augen aufhabe, aber keinen Kontakt zu meinen Mitmenschen aufnehmen kann. Wenn ich dabei nicht mehr essen und trinken kann. Wenn ich nicht selbstständig sitzen, aufstehen und stehen kann. Wenn mein Leben nur noch durch etliche Schläuche erhalten wird.

**In dieser Lebenssituation wünsche ich, dass alle Lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden.**

	<p><b>Ich will nicht künstlich mit Essen und Trinken versorgt werden.</b></p>
---	---

Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden.

Ich möchte, dass dann mein Mund so gut gepflegt wird, dass ich keine Beschwerden habe und ausreichend Feuchtigkeit vorhanden ist.

Wenn ich schon künstlich ernährt werde, sollen die Ärzte das beenden.

Wenn man mir schon künstlich Feuchtigkeit gegeben hat, sollen die Ärzte das beenden.

Die Ärzte sollen dann keine künstliche Ernährung wie Infusionen oder Magensonde anlegen.

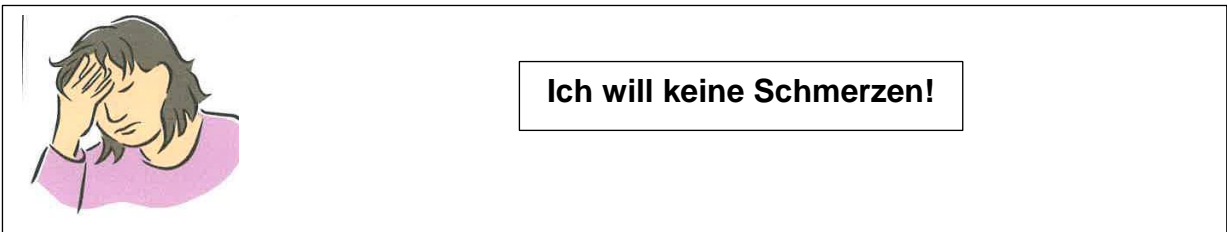
Die Ärzte sollen dann keine künstliche Flüssigkeitszufuhr wie Infusion oder Magensonde anlegen.

Wenn man mir zu Trinken und zu Essen anbietet und ich lehne das ab, soll dies akzeptiert werden. Das heißt, dass wenn ich meinen Kopf dann wegdrehe oder meine Lippen zusammenpresse, dass ich nicht will.

Wer für mich sorgt, hat die Pflicht darauf zu achten, dass das akzeptiert wird.

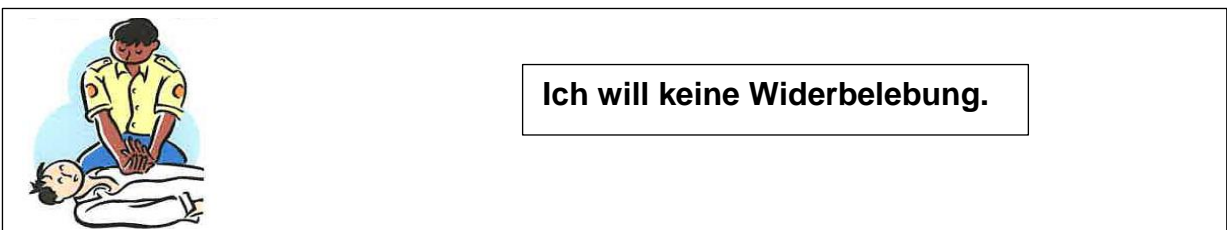
### **In dieser Lebenssituation wünsche ich, dass ich schmerzfrei bin.**

Eine Schmerzskala für Menschen mit Demenz gibt es und soll eingesetzt werden. Ich erwarte ausreichende Gabe an Schmerzmittel, auch, wenn dadurch eine Verkürzung des Lebens verbunden ist.



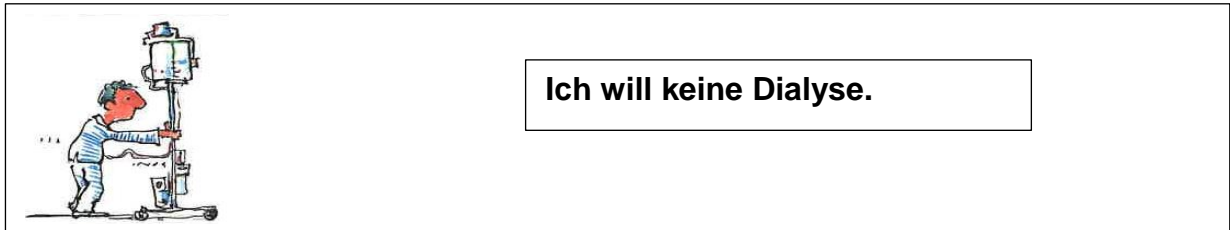
In diesen Lebenssituationen erwarte ich, dass keine Wiederbelebungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Ich will in Würde sterben. Ein Notarzt soll nur gerufen werden, um Schmerzen zu stillen. Sollte eine Situation entstehen, in der doch ein Notarzt gegen meinen Willen hinzugezogen wird, ist dieser unverzüglich über die Patientenverfügung zu informieren.



In diesen Lebenssituationen erwarte ich,

- dass die Ärzte mir keine Antibiotika geben, um mein Leben zu verlängern.
- dass die Ärzte mir keine Bluttransfusion machen, um mein Leben zu verlängern.



Wenn meine Nieren nicht mehr arbeiten, soll keine Dialyse gemacht werden. Wenn ich bis dahin an einer Dialyse war, soll dies dann eingestellt werden.



**Meine Religion:** \_\_\_\_\_

- Jetzt ist nur religiöser Beistand in schwierigen Lebenssituationen wichtig. Ich bin gläubig und möchte den Besuch eines Geistlichen bis zu meinem Tod.
- Ich bin nicht gläubig. Ich möchte keinen Besuch durch einen Geistlichen.

Wenn es geht, möchte ich bei meiner Familie sein, wenn ich sterbe.

Eine Versorgung im Krankenhaus möchte ich nur, wenn ich sonst leiden müsste.



**Lasst mich gehen, wenn mein Leben zu Ende ist.  
Aber nehmt mir Schmerzen, Angst und Unruhe!**

---

Ort, Datum

Unterschrift des Ausstellers

---

Ort, Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes

---

Ort, Datum

Unterschrift des 1. Bevollmächtigten

---

Ort, Datum

Unterschrift des 2. Bevollmächtigten