

Modifizierung der Garantenpflicht

Erklärung

Ich

Name, Vorname, Geburtsdatum

erkläre hiermit folgendes:

Nach reiflicher Überlegung erkläre ich aufgrund meiner gesamten Lebenseinstellung und aufgrund meiner derzeitigen gesundheitlichen Situation folgendes:

Ich möchte durch Freiwilligen Verzicht auf Flüssigkeit und Nahrungszufuhr (Sterbefasten) aus dem Leben scheiden.

Ich möchte dabei von der Ärztin/ dem Arzt

In meiner allerletzten Lebensphase palliativ betreut werden.

Dies bedeutet konkret:

In der Phase zwischen dem Beginn meiner Sterbefastenzeit und Eintritt des Todes soll

Frau/Herr Dr. und andere zugezogene Ärzte

mit allen palliativmedizinischen Maßnahmen den Sterbevorgang einerseits zulassen und andererseits bei Bedarf erleichtern, z.B. Angst, Durstgefühl, Schmerzen oder Erbrechen bekämpfen, verhindern oder lindern. Keinesfalls darf sie/er den Todeseintritt durch irgendeine Maßnahme, sei es durch eine eigene ärztliche Maßnahme oder sei es durch die Benachrichtigung einer anderen Person, wie z.B. eines Notarztes, verhindern. Insofern wird sie/er aus der Stellung eines Garanten für mein Leben entlassen.

Gleiches gilt für meine Angehörigen und das zugezogene Pfllegeteam / den Sterbelotsen / Sterbebegleiter

-----, den-----

Unterschrift-----

Zeuge / Zeugin: -----

Für die Wirksamkeit der Erklärung ist es sinnvoll, zur Abfassung Zeugen hinzuzuziehen und die volle Einsichtsfähigkeit für diese Erklärung sinnvoll zu dokumentieren, etwa durch das schriftlich fixierte Protokoll der Unterzeichnung durch eine vertraute Person und den behandelnden Arzt.