



HOME CARE BERLIN E.V.

EINGETRAGENER GEMEINNÜTZIGER VEREIN

Adresse: Brabanter Str. 21 in 10713 Berlin

Telefon: (030) 453 43 48

E-Mail: [info@homecareberlin.de](mailto:info@homecareberlin.de)

Website: [www.homecareberlin.de](http://www.homecareberlin.de)

## **Anlage zu meiner Patientenverfügung**

### **in Bezug auf den „Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit“ (FVNF)**

Hiermit erkläre ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und uneingeschränkter Entscheidungsfähigkeit meinen bewussten und freiwilligen Entschluss zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) früher als “Sterbefasten“ bezeichnet.

Ich wurde weder von anderen Personen zu diesem Entschluss gedrängt noch fühle ich mich sonst wie beeinflusst.

Über den Verlauf eines Verzichts auf Essen und Trinken bin ich umfassend informiert. Auch habe ich Kenntnis von Handlungsalternativen, die ich aber für mich nicht nutzen möchte.

Ich verpflichte alle mich behandelnden und begleitenden Personen meinen Entschluss uneingeschränkt zu respektieren und von jeglichen Zwangsmaßnahmen oder Nötigung/Bedrängung abzusehen.

Gleichzeitig entbinde ich auch alle vorgenannten Personen von der Pflicht mich zu retten, wenn auf Grund des Verzichts eine Nichteinwilligungsfähigkeit einsetzt.

Diese Erklärung gilt auch, wenn ich den zunächst begonnenen Verzicht, aus welchen Gründen auch immer, unterbreche und zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufnehme.

\_\_\_\_\_,  
Ort Datum Unterschrift

Zeuge/n: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
Ort Datum Unterschrift