IGSL
In Geborgenheit sterben und leben
Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung & Lebensbeistand

Ergänzung meiner Patientenverfügung[1]

3 - 0518

Name _____

Dieses Blatt ist Teil meiner Patientenverfügung vom _____

Freiheitsentziehende Maßnahmen[2]

□ Ich gehe davon aus, dass vom behandelnden Arzt nur die unbedingt notwendigen freiheitsentziehenden Maßnahmen angeordnet werden und akzeptiere diese unter der Voraussetzung, dass dabei meine körperlichen und seelischen Bedürfnisse im vollen Umfang beachtet werden.

oder

□ Ich erwarte, dass vor dem Beschluss zu freiheitsentziehenden Maßnahmen von meinem Betreuer die Meinung des Verfahrenspflegers vom zuständigen Betreuungsgericht bzw. bei Vollmacht von meinem Bevollmächtigten die Empfehlung eines erfahrenen unabhängigen Palliativarztes eingeholt wird um zu prüfen, ob es alternative Maßnahmen gibt, die mich weniger einschränken oder belasten.

Wichtige Information: Zu freiheitsentziehenden Maßnahmen gehören nicht nur mechanische Anordnungen, sondern auch die Beruhigung durch Medikamente.

_____

Ort Datum Unterschrift

[1] Empfohlen für alle IGSL Vorsorgemappen mit Erscheinungsdatum vor 04/2018
[2] Gewünschtes ankreuzen, nicht Gewünschtes streichen.