

## **Fragebogen zum Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF)**

Angaben einer Augenzeugin/eines Augenzeugen für Dokumentationszwecke

Senden Sie das Formular bitte ohne irgendwelche Namensangaben und ohne Absender an Dr. T. Hagens, Postfach 16454, 1001 RN Amsterdam, Niederlande. Er verbürgt sich, dass Ihre Informationen anonym und ausschließlich zu Forschungszwecken genutzt werden.

Nutzen Sie ggf. die Rückseite, um zusätzliche Angaben zu machen.

**Demografische Angaben** (richtige Antwort markieren; wenn keine Antwort richtig ist, bitte nichts markieren und eine eigene Antwort hinzufügen).

1. Die verstorbene Person war:  weiblich,  männlich.
2. Alter: \_\_\_\_\_.
3. Monat und Jahr des Todes: \_\_\_\_\_.
4. Ort des Todes:  Zuhause,  Altersheim,  Pflegeheim,  Hospiz,  Krankenhaus,  woanders: \_\_\_\_\_.
5.  war Anhänger(in) einer Religion. Falls ja: welcher Religion? \_\_\_\_\_.
6. Ich bin  Kind,  Verwandte(er),  Freund(in),  Bevollmächtigte(r),  
 Betreuer(in),  Arzt/Ärztin der/des Verstorbenen,  \_\_\_\_\_.
7. Ich hatte mit dem Sterbefall zu tun von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

### **Hintergrundinformationen**

8. Erkrankung(en): \_\_\_\_\_.
9. Fachgebiet des /der behandelnde(n) Arztes/Ärzte (bitte keine Namen angeben!)  
(z. B. Internist): \_\_\_\_\_.
10. Psychische Beschwerden/Krankheit(en): \_\_\_\_\_.
11. Sonstige Beschwerden \_\_\_\_\_.
12. Welcher Grund war ausschlaggebend für die/den Verstorbene(n) sich für FVNF zu entscheiden? \_\_\_\_\_.
13. Ohne FVNF wäre der Tod vermutlich eingetreten nach:  weniger als einer Woche,  
 nach 1 – 4 Wochen,  1 – 3 Monaten,  mehr als 3 Monaten,  
 es gab dazu keine Einschätzung.

### **Zeitlicher Ablauf**

14. Hatte die Patientin/der Patient bereits vor Beginn des endgültigen FVNF die Aufnahme von Nahrung und/oder Flüssigkeit versucht zu reduzieren?  Ja,  Nein  
Falls ja, bitte Umstände/Hinderungsgründe darlegen: \_\_\_\_\_.

15. Erster Tag (Datum), an dem gar keine Nahrung mehr aufgenommen wurde: \_\_\_\_\_,  
ggf. Anmerkungen: \_\_\_\_\_.
16. Erster Tag (Datum), an dem keine Flüssigkeit mehr aufgenommen wurde (abgesehen von  
Wasser zur Mundpflege): \_\_\_\_\_, ggf. Anmerkungen: \_\_\_\_\_.
17. Das Beenden des Trinkens erfolgte allmählich im Laufe von \_\_\_\_\_ Tagen,  spontan,  
ggf. Anmerkungen: \_\_\_\_\_.
18. Welche Medikamente nahm er/sie vor dem Beginn von FVNF? (z. B. gegen Diabetes,  
wegen Herzproblemen, o. a.) \_\_\_\_\_.
19. Welche dieser Medikamente wurden abgesetzt?  
nach Einstellen der Nahrungsaufnahme: \_\_\_\_\_,  
nach Beendigung des Trinkens: \_\_\_\_\_.
20. Welche Medikamente hatte der Arzt nach Beginn des FVNF zusätzlich verordnet?  
Schmerzlindernde Mittel (Namen): \_\_\_\_\_,  
Schlafmittel (Namen): \_\_\_\_\_,  
Beruhigungsmittel (Namen): \_\_\_\_\_  
andere: \_\_\_\_\_.
21. Die Mundpflege war  gut,  ausreichend,  ungenügend,  
ggf. Anmerkungen: \_\_\_\_\_.
22. Mit der/dem Patientin/en zu sprechen war noch möglich bis (Datum): \_\_\_\_\_,  
ggf. Anmerkungen: \_\_\_\_\_.
23. Sie/er erkannte mich noch bis (einschließlich, Datum): \_\_\_\_\_  
ggf. Anmerkungen: \_\_\_\_\_.
24. Der Tod trat ein am (Datum): \_\_\_\_\_.

**Umstände, unter denen dieser Weg aus dem Leben besritten wurde**

25. Hat die/der Patienten/in bei der Entscheidungsfindung auch eine externe, fachliche  
Beratung in Anspruch genommen?  Ja,  Nein  
Falls Ja, bei einem:  Hausarzt,  psychiatrischen Psychotherapeuten,  
 ärztlichen Psychotherapeuten,  \_\_\_\_\_.
26. Wie lange vor dem Beginn des FVNF erfolgte diese Beratung? \_\_\_\_\_.
27. Wurden Angehörige in die Beratungsgespräche einbezogen?  Ja,  Nein

28. Wurde zum Abschluss dieser Beratung dem/der Patienten/in vom Beratenden die Willensfreiheit (= Einwilligungsfähigkeit) bestätigt?  Mündlich,  Schriftlich
29. Informationen/Ratschläge seitens des Arztes bezüglich FVNF:  befürwortend,  ablehnend. Bitte ausführen: \_\_\_\_\_.
30. Informationen/Ratschläge seitens des Pflegepersonals bezüglich FVNF:  befürwortend,  ablehnend. Bitte ausführen: \_\_\_\_\_.
31. Einstellung und Verhalten von Verwandten/Freund(inn)en:  befürwortend,  ablehnend. Bitte ausführen: \_\_\_\_\_.
32. Hatte der Patient eine *Vorausverfügung*<sup>1</sup> bezüglich FVNF verfasst?  Ja,  Nein.  
Falls Ja: Wann? \_\_\_\_\_. Falls Nein: warum nicht? \_\_\_\_\_.
33. Hatte der Patient eine Modifizierung der *Garantenpflicht*<sup>2</sup> für den Arzt und die Angehörigen verfasst?  Ja,  Nein. Falls Ja: Wann? \_\_\_\_\_  
Falls Nein: Warum nicht? \_\_\_\_\_.
34. War der Patient ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr *ansprechbar*<sup>3</sup>?  
 Ja, ab wann (Datum): \_\_\_\_\_,  Nein.  
Wer hat das zuerst festgestellt:  Ich selber,  ein Arzt,  eine Pflegekraft.  
Anmerkungen: \_\_\_\_\_.

### Angaben zum Totenschein

35. Der Totenschein wurde ausgestellt:  vom behandelnden Arzt,  einem anderen Arzt,  weiß ich nicht.
36. Welche Todesart wurde angegeben?  natürlich  nicht natürlich,  unbekannt  
 Weiß ich nicht.
37. Wurde die Polizei geholt?  Ja,  Nein,  Weiß ich nicht.  
Ggf. Wonach fragte die Polizei? \_\_\_\_\_.  
Ggf. Anmerkungen: \_\_\_\_\_.
38. Wurde eine Obduktion vorgenommen?  Ja,  Nein,  Weiß ich nicht.
39. Der Leichnam wurde zur Bestattung freigegeben am (Datum): \_\_\_\_\_,  Weiß ich nicht.

<sup>1</sup> also eine Patientenverfügung, in der auch auf FVNF eingegangen wird, oder eine Erklärung, in der der Entschluss, FVNF zu machen, schriftlich niedergelegt wurde. Siehe Kapitel 3.3

<sup>2</sup> Siehe hierzu Anhang 2

<sup>3</sup> *Nicht* mehr ansprechbar ist jemand, wenn er reichlich Schlafmittel erhalten hat oder wenn er sich in einem Delirium befindet, also z. B. Halluzinationen zu haben scheint, permanent unruhig ist oder unverständlich vor sich hin redet.

## **Sterben in Würde?**

40. Hätte die/der Verstorbene diesen Tod wohl als ein Sterben in Würde bewertet?

Ja,  Nein,  keine Aussage.

Antwort bitte begründen: \_\_\_\_\_.

41. Verstarb Ihrer persönlichen Meinung nach die/der Betreffende in Würde?

Ja,  Nein,  keine Aussage.

Antwort bitte begründen: \_\_\_\_\_.

42. Welche Meinungen wurden hierzu von anderen geäußert?

\_\_\_\_\_.

43. Wichtige andere Aspekte, die von diesem Fragebogen nicht erfasst wurden und die hier nachgetragen werden können: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

\*\*\* Haben Sie Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge zu diesem Fragebogen?

\_\_\_\_\_.