

Schritt 1: Wählen Sie Ihre Gesundheitsbevollmächtigten aus.

Wählen Sie jemanden aus, der Entscheidungen für Sie treffen kann, wenn Sie selbst nicht dazu in der Lage sind. Denken Sie an die Menschen in Ihrem Leben - Ihre Familie und Freunde. Wählen Sie jemanden als Ihren Gesundheitsbevollmächtigten aus. Fragen Sie diese Person, ob er oder sie dazu bereit wäre, dies für Sie zu tun.

Wählen Sie einen Familienangehörigen oder Freund aus, der:

- Mindestens 18 Jahre alt ist und Sie gut kennt
- Dazu bereit ist, dies für Sie zu tun
- Schwierige Entscheidungen basierend auf Ihren Wünschen treffen kann
- Der die von Ihnen in diesem Packet bereitgestellten Informationen effektiv an Gesundheitsdienstleister und Familienmitglieder weiterleitet.

Ihr Gesundheitsbevollmächtigter kann:

- Darüber entscheiden, wo Sie medizinisch behandelt werden können
- Gesundheitsdienstleister auswählen oder entlassen
- Ja/nein zu Medikamenten, Tests und Behandlungen sagen
- Bestimmen, was mit Ihrem Körper und Ihren Organen nach Ihrem Tod geschieht.
- Leiten Sie die rechtlichen Schritte ein, die zur Erfüllung Ihrer Wünsche nötig sind

Ihr Bevollmächtigter **kann nicht** Ihr Arzt sein oder jemand, der im Krankenhaus oder in der Klinik arbeitet, wo Sie medizinisch behandelt werden, es sei denn, er oder sie ist ein Familienmitglied.

Nennen Sie Ihren Gesundheitsbevollmächtigten.

1) Ich möchte, dass diese Person meine medizinischen Entscheidungen trifft, falls ich nicht selbst dazu in der Lage bin:

Vorname	Nachname	Familienstand		
Festnetz-/Handynummer	Geschäftliche Telefonnummer	E-Mail		
Dauerhafte Anschrift	Stadt	Bundesstaat	Postleitzahl	

Falls die erste Person meine medizinischen Entscheidungen nicht für mich treffen kann, dann will ich diese andere Person ernennen:

Vorname	Nachname	Familienstand		
Festnetz-/Handynummer	Geschäftliche Telefonnummer	E-Mail		
Dauerhafte Anschrift	Stadt	Bundesstaat	Postleitzahl	

2) Platzieren Sie ein X neben dem Satz, mit dem Sie zustimmen:

____ Mein Gesundheitsbevollmächtigter wird Entscheidungen für mich **nur** dann treffen, wenn ich nicht mehr dazu in der Lage bin, meine eigenen Entscheidungen zu treffen.

ODER

____ Mein Gesundheitsbevollmächtigter kann Entscheidungen für mich **sofort** treffen, nachdem ich dieses Formular ausgefüllt habe.

Diese Vorsorgeverfügung gehört: (bitte geben Sie Ihren Namen in Druckschrift auf dieser Zeile an) Geburtsdatum

Schritt 2: Treffen Sie Ihre Entscheidungen bezüglich Ihrer Gesundheitsfürsorge.

Was macht Ihr Leben lebenswert?

1) Mein Leben ist (wählen Sie A oder B aus):

A) Immer lebenswert, egal wie krank ich bin

B) Nur lebenswert wenn (kreuzen Sie alles an, was für Sie zutrifft):

Ich kann mit meiner Familie und mit meinen Freunden darüber sprechen

Ich kann aus einem Koma erwachen

Ich kann selbst essen, mich selbst waschen und um mich selbst kümmern

Ich kann schmerzfrei leben

Ich kann leben, ohne an Maschinen angeschlossen zu sein

Ich bin mir nicht sicher

2) Wenn ich im Sterben liege, ich es wichtig für mich (wählen Sie eines davon aus):

Zuhause zu sein

In einem Krankenhaus oder Pflegezentrum zu sein

Es ist mir egal, wo ich gepflegt werde

Religiöse oder spirituelle Glaubensvorstellungen

1) Ist die Religion oder Spiritualität Ihnen wichtig?

Ja Nein

2) Pflegen Sie irgendwelche religiöse oder Glaubenstraditionen? Falls ja, welche Art?

3) Was sollten Ihre Ärzte über Ihre religiöse oder spirituelle Glaubensvorstellungen wissen?

Diese Vorsorgeverfügung gehört: (bitte geben Sie Ihren Namen in Druckschrift auf dieser Zeile an)

Geburtsdatum

Diese Vorsorgeverfügung und Ernennung eines Gesundheitsbevollmächtigten entspricht den geltenden Abschnitten des Montana Rights of the Terminally III Act (Gesetz über die Rechte von todkranken Personen)(Gesetzbuch von Montana Titel 50, Kapitel 9) und Gesetzbuch von Montana Abschnitte 53-21-1301 bis 53-21-1335.

SEITE 2

Schritt 2: Treffen Sie Ihre Entscheidungen bezüglich Ihrer Gesundheitsfürsorge (Fortsetzung).

Lebenserhaltung

Lebenserhaltende Eingriffe können durchgeführt werden, um Sie am Leben zu halten. Dazu gehören:

CPR oder Herz-Lungen-Wiederbelebung — Hierzu zählen die folgenden Vorgänge:

- Fest auf Ihre Brust drücken, um die Durchblutung beizubehalten
- Stromstöße, damit Ihr Herz anfängt zu schlagen
- Medikamente in Ihren Venen



Atemgerät oder Beatmungsgerät — Diese Maschine pumpt Luft in Ihre Lunge und atmet für Sie durch einen Schlauch, der in Ihre Kehle eingeführt wird. Sie können nicht reden oder essen, wenn Sie an die Maschine angeschlossen sind.



Dialyse — Diese Maschine reinigt Ihr Blut, wenn Ihre Nieren nicht mehr funktionieren.

Ernährungssonde — Dieser Schlauch transportiert Nahrung in Ihren Körper, wenn Sie nicht schlucken können. Der Schlauch wird durch den Rachen in den Magen eingeführt. Er kann auch operativ eingeführt werden.



Bluttransfusion — Dadurch wird Blut in Ihre Venen eingeführt.

Operation und/oder Medikamente

Platzieren Sie ein X neben dem einen Satz, dem Sie am meisten zustimmen:

Falls ich so krank bin, dass ich bald sterben werde:

___ Versuchen Sie alle Behandlungen, die der Meinung meiner Ärzte nach vielleicht hilfreich sein werden. Falls die Behandlung nicht funktioniert und wenig Hoffnung auf Verbesserung besteht, **möchte ich an lebenserhaltende Maschinen** angeschlossen bleiben, selbst wenn ich leide.

___ Versuchen Sie alle lebenserhaltenden Behandlungen, die der Meinung meiner Ärzte nach vielleicht hilfreich sein wird. Falls die Behandlungen nicht funktionieren und wenig Hoffnung auf Verbesserung besteht, **möchte ich NICHT an lebenserhaltende Maschinen** angeschlossen bleiben. Wenn ich leide, möchte ich, dass man die lebenserhaltenden Behandlungen unterlässt, damit ich leise sterben darf.

___ **Ich möchte mich KEINEN lebenserhaltenden Behandlungen unterziehen.** Ich möchte mich auf meinen Komfort konzentrieren. Ich ziehe es vor, auf natürliche Weise zu sterben.

___ Ich möchte, dass mein **Gesundheitsbevollmächtigter** die Entscheidung trifft.

___ Ich bin mir nicht sicher, was getan werden soll.

Diese Vorsorgeverfügung gehört: (bitte geben Sie Ihren Namen in Druckschrift auf dieser Zeile an) Geburtsdatum

Schritt 2: Treffen Sie Ihre Entscheidungen bezüglich Ihrer Gesundheitsfürsorge (Fortsetzung).

Organspende

Ihre Ärzte werden Sie möglicherweise danach fragen, ob Sie Ihre Organe spenden möchten und eine Autopsie nach Ihrem Tod durchgeführt werden soll. Eine Organspende kann Leben retten. Platzieren Sie ein **X** neben der einen Wahl, der Sie am meisten zustimmen:

_____ Ich **möchte** ein Organspender sein:

_____ Ein Organ, das vielleicht nützlich sein könnte.

_____ Nur bestimmte Organe (bitte geben Sie an, welche Organe oder Gewebe Sie spenden möchten).

_____ Ich **möchte kein** Organspender sein:

_____ Ich möchte, dass mein **Gesundheitsbevollmächtigter** die Entscheidung trifft.

_____ Ich bin mir nicht sicher, was getan werden soll.

Autopsie

Eine Autopsie kann nach dem Tod durchgeführt werden, um die Todesursache einer Person herauszufinden. Es ist ein chirurgischer Eingriff. Der Eingriff kann ein paar Tage in Anspruch nehmen. In einigen Fällen kann eine Autopsie gesetzlich vorgeschrieben sein. Platzieren Sie ein **X** neben der einen Wahl, der Sie am meisten zustimmen:

_____ Ich **möchte** eine Autopsie.

_____ Ich möchte **KEINE** Autopsie.

_____ Ich möchte eine Autopsie **nur dann, wenn es Fragen** über meine Todesursache gibt.

_____ Ich möchte, dass mein **Gesundheitsbevollmächtigter** die Entscheidung trifft.

_____ Ich bin mir nicht sicher, was getan werden soll.

Diese Vorsorgeverfügung gehört: (bitte geben Sie Ihren Namen in Druckschrift auf dieser Zeile an) Geburtsdatum

Schritt 2: Treffen Sie Ihre Entscheidungen bezüglich Ihrer Gesundheitsfürsorge (Fortsetzung).

Sonstige Dinge, die man berücksichtigen sollte

Welche anderen Wünsche sind wichtig für Sie? Zum Beispiel: gibt es irgendwelche kulturelle, religiöse oder spirituelle Dinge bezüglich der Behandlung des Körpers, über die Ihr Gesundheitsfürsorgeteam Bescheid wissen sollte?

Haben Sie jemanden, mit dem wir uns bezüglich Beerdigungs- und Bestattungsangelegenheiten in Verbindung setzen sollten? Wenn ja, wer?

--

Diese Vorsorgeverfügung gehört: (bitte geben Sie Ihren Namen in Druckschrift auf dieser Zeile an)	Geburtsdatum
--	---------------------

Schritt 3: Fassen Sie die Autorität Ihrer Gesundheitsfachkraft zusammen.

Ihr Gesundheitsbevollmächtigter kann dabei helfen, die folgenden Entscheidungen über diese Sachen zu treffen:

Lebenserhaltende Behandlungen - medizinische Versorgung, mit der Sie länger leben können:

- CPR oder Herz-Lungen-Wiederbelebung
- Atemgerät oder Beatmungsgerät
- Dialyse
- Ernährungssonde
- Bluttransfusion
- Operation
- Medikamente

Sterbebegleitung

Falls Sie bald sterben werden, kann Ihr Gesundheitsbevollmächtigter:

- Ein geistliches Oberhaupt anrufen
- Darüber entscheiden, ob Sie zu Hause oder im Krankenhaus sterben wollen
- Darüber entscheiden, ob eine Autopsie durchgeführt werden soll oder nicht
- Darüber entscheiden, ob Sie ein Organspender sein werden
- Darüber entscheiden, wo Sie beerdigt oder eingeäschert werden wollen.

Wie soll Ihr Gesundheitsbevollmächtigter Ihren medizinischen Wünschen nachkommen?

Platzieren Sie ein **X** neben dem einen Satz, dem Sie am meisten zustimmen:

___ **Totale Flexibilität:** Es ist in Ordnung, dass mein Gesundheitsbevollmächtigter **jede beliebige** meiner medizinischen Entscheidungen ändern darf, wenn er/sie nach einem Gespräch mit meinen Ärzten glaubt, dass dies zu diesem Zeitpunkt das Richtige für mich wäre.

___ **Etwas Flexibilität:** Es ist in Ordnung, dass mein Gesundheitsbevollmächtigter **einige** meiner medizinischen Entscheidungen ändern darf, wenn er/sie nach einem Gespräch mit meinen Ärzten glaubt, dass dies zu diesem Zeitpunkt das Richtige für mich wäre.

___ **Minimale Flexibilität:** Ich möchte, dass mein Gesundheitsbevollmächtigter meinen medizinischen Wünschen so gut wie möglich nachkommt. Bitte respektieren Sie meine Entscheidungen, selbst wenn die Ärzte etwas anderes empfehlen.

Sie können ggf. zusätzliche Seiten verwenden, um die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Dies sind einige meiner Wünsche, die man wirklich respektieren sollte:

Schreiben Sie alle Entscheidungen auf, die Ihr Gesundheitsbevollmächtigter **nicht** für Sie treffen soll.

Diese Vorsorgeverfügung gehört: (bitte geben Sie Ihren Namen in Druckschrift auf dieser Zeile an)

Geburtsdatum

Schritt 4: Unterschreiben Sie das Formular - Ihre Unterschrift.

Bevor dieses Formular verwendet werden kann, müssen:

- Sie mindestens 18 Jahre alt sein, um dieses Formular unterschreiben zu können
- Lassen Sie zwei Zeugen das Formular unterschreiben.

Fügen Sie Ihre Unterschrift hinzu und schreiben Sie das Datum darauf.

Unterschrift:

Datum

Name in Druckschrift

Dauerhafte Anschrift:

Stadt

Bundesstaat

Postleitzahl

Zeugen

Bevor dieses Formular verwendet werden kann, müssen Sie das Formular von zwei Zeugen unterschreiben oder notariell beglaubigen lassen.

Ihre Zeugen müssen:

- Mindestens 18 Jahre alt sein
- Sie kennen
- Anerkennen, dass Sie dieses Formular unterschrieben haben

Ihre Zeugen dürfen nicht:

- Der von Ihnen ernannte Gesundheitsbevollmächtigte sein

Providence St. Joseph Health **empfeht**, dass Ihre Zeugen nicht:

- Ihr Arzt oder ein sonstiger Gesundheitsdienstleister sind
- Für Ihre Klinik oder Ihren Gesundheitsdienstleister arbeiten

Diese Vorsorgeverfügung gehört: (bitte geben Sie Ihren Namen in Druckschrift auf dieser Zeile an) Geburtsdatum

Schritt 4: Unterschreiben Sie das Formular (Fortsetzung).

Unterschrift der Zeugen

Lassen Ihre Zeugen diese Seite ausfüllen.

Durch meine Unterschrift verspreche ich, dass _____ ich seine/ihre
Unterschrift diese Formulare anerkenne. Name des/der Eigentümer/in der Vorsorgeverfügung

Ich glaube, dass er/sie bei klarem Verstand war und nicht dazu gezwungen wurde, dieses Formular zu unterschreiben.

Ich verspreche ebenfalls, dass:

- Ich diese Person kenne und er/sie könnte belegen, wer er/sie war
- Ich mindestens 18 Jahre alt bin
- Ich nicht sein/ihr Gesundheitsbevollmächtigter bin

Providence St. Joseph Health empfiehlt, dass Ihre Zeugen ebenfalls versprechen, dass:

- Ich nicht sein/ihr Gesundheitsdienstleister bin
- Ich nicht für seinen/ihren Gesundheitsdienstleister arbeite
- Ich nicht dort arbeite, wo er/sie lebt

Zeuge Nr.1

Unterschrift

Datum

Name in Druckschrift

Dauerhafte Anschrift

Stadt

Bundesstaat

Postleitzahl

Zeuge Nr. 2

Unterschrift

Datum

Name in Druckschrift

Dauerhafte Anschrift

Stadt

Bundesstaat

Postleitzahl

Diese Vorsorgeverfügung gehört: (bitte geben Sie Ihren Namen in Druckschrift auf dieser Zeile an) Geburtsdatum

Schritt 5: Schicken Sie eine Kopie Ihrer ausgefüllten Vorsorgeverfügung ab.

Sobald Sie Ihre Vorsorgeverfügung unterschrieben haben und sie bezeugt und/oder notariell beglaubigt wurde, bewahren Sie das Original auf und machen Sie Kopien der Seiten 1-8 und schicken Sie sie an:

- Ihren Gesundheitsbevollmächtigten.
- Ihre Familie
- Ihre Freunde
- Ihre medizinischen Dienstleister
- Ihr Krankenhaus

Möglichkeiten zur Rücksendung Ihrer ausgefüllten Vorsorgeverfügung:

1. Schicken Sie eine **KOPIE** an Ihren bevorzugten Providence St. Joseph-Arzt oder -Krankenhaus bei Ihrem nächsten Besuch.
2. Schicken Sie eine **KOPIE** mit dem frankierten Rückumschlag zurück (falls verfügbar).
3. Schicken Sie die Kopie per Fax an Ihr Providence St. Joseph Health-Krankenhaus:

Providence St. Patrick Hospital
Providence St. Joseph Medical Center (Polson)
Schicken Sie die Kopie per Fax an 406-329-5695

Wenden Sie sich für nicht aufgeführte Krankenhäuser bitte an Ihr Krankenhaus, um nach der richtigen Fax-Nummer zu fragen.

Bei Rückfragen bezüglich des Ausfüllens oder der Rücksendung Ihrer Vorsorgeverfügung wenden Sie sich bitte an uns unter:

The Learning Center (Das Bildungszentrum)
500 W. Broadway, Level 1, Broadway Building,
Missoula, MT 59802
406-329-5710

Weitere Informationen finden Sie unter:
Providence.org/InstituteForHumanCaring

Diese Arbeiten sind teilweise im Rahmen der Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike-Lizenz lizenziert. Ein Exemplar dieser Lizenz kann unter <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> eingesehen werden. Sie können auch einen Brief an Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA schicken.

Überarbeitet 8/2017

Besonderer Dank gilt:

- Dr. med. Rebecca Sudore, M.D., Abteilung für Altersheilkunde, University of California, San Francisco
- Cedars-Sinai, Los Angeles, CA