



Formular 3ein - 2021

# Vorsorgerichtlinie

Hergestellt unter der  
*Medical Treatment Planning and Decisions Act 2016 (Vic.)*

Sobald diese Patientenverfügung ausgefüllt, unterschrieben und beglaubigt ist, ersetzt sie alle vorherigen Patientenverfügungen, die Sie möglicherweise erstellt haben. In Würde sterben Victoria empfiehlt dringend, dass Sie dieses Formular nur nach sorgfältiger Überlegung ausfüllen.

## 1. Persönliche Daten

Name:	
Die Anschrift:	
Bundesland:	
Postleitzahl:	
Geburtsdatum:	

Mein aktueller Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Unterzeichnung:

Ich bin gesund
Mein Hausarzt rät, dass ich leide <i>(Beschreiben Sie Ihre Diagnose):</i>

Unterschiedet: \_\_\_\_\_

## 2. Unterrichtsrichtlinie

Diese Unterrichtsweisung ist **rechtlich verbindlich** und teilt Ihre medizinischen Behandlungsentscheidungen direkt mit Ihren Ärzten. In Würde sterben Victoria empfiehlt dringend, dass Sie einen Arzt konsultieren, wenn Sie sich entscheiden, diese Anleitung auszufüllen.

- **Ihre Anweisung wird nur verwendet, wenn Sie nicht in der Lage sind, eine medizinische Behandlungsentscheidung zu treffen.**
- Ihre ärztlichen Behandlungsentscheidungen in dieser Belehrung gelten so, als ob Sie in die Aufnahme oder Fortsetzung einer ärztlichen Behandlung eingewilligt oder diese verweigert hätten.
- Wenn eine Ihrer Aussagen unter bestimmten Umständen unklar oder unsicher ist, wird sie zu einer Werterichtlinie (siehe Seite 5).
- Unter s51 des *Gesetz über die Planung und Entscheidung medizinischer Behandlungen*, kann es sein, dass ein Arzt nicht verpflichtet ist, Ihre Weisung einzuhalten, wenn sich die Umstände so geändert haben, dass die Umsetzung Ihrer Weisung nicht mehr Ihren Präferenzen und Wünschen entsprechen würde.

### Anwendung dieser Unterrichtsweisung

Diese Unterrichtsweisung muss gelten **wenn nicht:**

Stimmen zu

Verschiedener Meinung sein

Ich leide nur an einem vorübergehenden (vorübergehenden) Kompetenzverlust wie Hypoglykämie oder TIA (transiente ischämische Attacke) oder leichter Gehirnerschütterung.

Ich leide an einer schweren Krankheit, aber nach Meinung von zwei unabhängigen Ärzten (mindestens einer davon ist ein Facharzt) werde ich wahrscheinlich wieder zu einem Zustand der Unabhängigkeit und Kompetenz zurückkehren, ohne tiefes körperliches oder psychisches Leiden.

Unterzeichnet: \_\_\_\_\_

Vorbehaltlich der vorstehenden Bedingungen in „Anwendung dieser Weisung“ **Ich erkläre, dass in Bezug auf medizinische Eingriffe oder Behandlungen, die darauf abzielen, mein Leben zu verlängern oder zu erhalten:**

**Behandlung**

ich lehne ab

Ich nehme an

Künstliche Ernährung (Ernährung und/oder Flüssigkeitszufuhr)

Antibiotika

Künstliche Beatmung

Alle chirurgischen Eingriffe

Kreislaufunterstützung, einschließlich HLW

Korrekturen anormaler Konzentrationen toxischer Substanzen

Bluttransfusion

Medikamentöse Behandlung von hohem/niedrigem Blutzucker

Medikamentöse Behandlung von hohem/niedrigem Blutdruck

Nierendialyse

Weiter, **Ich erkläre** dass alle anhaltenden belastenden Symptome (Schmerzen, Atemnot und solche, die durch Nahrungs- und Flüssigkeitsmangel verursacht werden) sind **maximal gelindert** durch eine geeignete analgetische, sedierende oder andere palliative Behandlung (einschließlich Feuchthalten von Lippen, Mund und Augen), obwohl diese palliative Behandlung auch die zusätzliche Folge haben kann, dass sie mein Leben verkürzt.

## Demenz

Man kann davon ausgehen, dass Demenz in mehreren Stadien fortschreitet. Eine Klassifizierung<sup>1</sup> hat sieben Phasen, wobei die frühen Stadien (1-3) nur eine leichte Verschlechterung und die späteren Stadien (6-7) einen schweren bis sehr schweren kognitiven Rückgang zeigen. Ab Stufe 5 beginnt eine Person, Unterstützung zu benötigen, um zu überleben.

Wenn ich in Anbetracht dieser fortschreitenden Stadien von einem Arzt als nicht kompetent beurteilt werde, Entscheidungen bezüglich meiner medizinischen Behandlung zu treffen und

Wenn bei mir Demenz in einem beliebigen Stadium diagnostiziert wird.

Nur wenn bei mir Demenz im Stadium 6 diagnostiziert wird.

Nur wenn bei mir Demenz im 7. Stadium diagnostiziert wird.

und auch,

Unabhängig davon, ob meine primäre Versorgung zu Hause/in der Gemeinde oder in einer Einrichtung stattfindet.

Nur wenn ich in die laufende Anstaltspflege aufgenommen wurde.

**Dann erkläre ich, dass ich, mit Ausnahme der Anwendung von Antibiotika bei leichten, nicht lebensbedrohlichen Infektionen, jede medizinische Behandlung mit dem Zweck oder Ergebnis der Verlängerung meines Lebens verweigere (wie oben auf Seite 3 aufgeführt):**

Auch wenn ich nach Einschätzung meines Entscheidungsträgers für medizinische Behandlung zufrieden zu sein scheine.

Es sei denn, ich scheine zufrieden zu sein, wie von meinem Entscheidungsträger für medizinische Behandlung beurteilt (und diese Bedingung kann widerrufen werden, wenn ich nicht mehr zufrieden zu sein scheine).

**Das erkläre ich auch:**

Ich lehne die Ernährung und Flüssigkeitszufuhr durch unterstützte Löffelfütterung unter allen Umständen ab.

Ich akzeptiere die Löffelfütterung, aber nur, wenn ich dies scheinbar freiwillig akzeptiere und mein Essen genieße, wie von meinem Entscheidungsträger für medizinische Behandlung beurteilt.

Diese Bedingung kann widerrufen werden, wenn mein MTDM später zu dem Schluss kommt, dass ich das Füttern mit dem Löffel nicht freiwillig akzeptiere oder eine solche Fütterung nicht zu genießen scheine.

---

<sup>1</sup>Siehe Reisbergs sieben Stadien der Alzheimer-Krankheit [hier](#).

Unterzeichnet: \_\_\_\_\_

Seite 4 von 11

### 3. Werterichtlinie

Besuchen Sie die MyValues-Website ([www.myvalues.org.au](http://www.myvalues.org.au)) für Ideen, die bei der Beantwortung dieses Abschnitts helfen können.

Wenn Sie die Anweisungsrichtlinie auf den Seiten 2-3 ordnungsgemäß ausgefüllt und unterzeichnet haben, hat sie Vorrang vor Präferenzen, die Sie in dieser Werterichtlinie äußern können. **Stellen Sie sicher, dass nichts in Ihrer Werterichtlinie dem widerspricht, was Sie in Ihrer Anweisungsanweisung angegeben haben.**

Sie müssen nicht alle Abschnitte dieser Werterichtlinie ausfüllen.

(a) Was in meinem Leben am wichtigsten ist (was bedeutet für Sie ein gutes Leben?)

*Zu berücksichtigende Punkte in diesem Abschnitt könnten religiöse oder kulturelle Überzeugungen, Familie und Freunde, spirituelle Interessen und Unabhängigkeit sein. Erklären Sie, warum diese für Sie wichtig sind, damit Ihr Entscheidungsträger für medizinische Behandlungen versteht, was Lebensqualität für Sie bedeutet.*

Unterzeichnet: \_\_\_\_\_

**(b)** Um meine Zukunft mache ich mir am meisten Sorgen:

*Für manche Menschen kann dies bedeuten, Schmerzen zu haben, in eine Pflegeeinrichtung zu ziehen, nicht in der Lage zu sein, die persönliche Pflege aufrechtzuerhalten, nicht an sozialen/familiären Aktivitäten teilnehmen zu können oder die Kommunikationsfähigkeit zu verlieren.*



**(c)** Inakzeptable Folgen einer medizinischen Behandlung nach Krankheit oder Verletzung sind für mich:

*Für einige wäre es inakzeptabel, Familie und Freunde nicht erkennen zu können. Andere möchten möglicherweise nicht auf Maschinen oder Pflegekräfte angewiesen sein.*



Unterzeichnet: \_\_\_\_\_

(d) Andere Dinge, die ich wissen möchte, sind:

*Andere Angelegenheiten, die Ihr Entscheidungsträger für die medizinische Behandlung berücksichtigen soll. Dies können Ihr bevorzugter Pflegeort, medizinische Behandlungsverfahren oder spirituelle/religiöse/kulturelle Anforderungen sein.*

(e) Andere Personen, die ich in Diskussionen über meine Pflege einbeziehen möchte, sind:

*Stellen Sie Ihrem Entscheidungsträger für medizinische Behandlungen Einzelheiten zu allen anderen Personen zur Verfügung, die Sie in Diskussionen über Ihre medizinische Versorgung einbeziehen möchten (oder nicht möchten).*

(f) Wenn ich kurz vor dem Tod stehe, wären mir folgende Dinge wichtig:

*Überlegen Sie, welche Personen Sie gerne dabei haben möchten. Vielleicht möchten Sie, dass Ihre Lieblingsmusik gespielt wird, Fotos Sie umgeben oder Ihr Haustier bei sich hat.*

Unterzeichnet: \_\_\_\_\_

## Organspende

Im Falle meines Todes:

Ich bin bereit, für eine Organ- und Gewebespende in Betracht gezogen zu werden, und erkenne an, dass medizinische Eingriffe erforderlich sein können, damit eine Spende stattfinden kann

Ich bin nicht bereit, für Organ- und Gewebespenden in Betracht gezogen zu werden.

**Ich erkläre, dass ich dieses Dokument nach sorgfältiger Prüfung ausgefüllt habe.**

**Ich behalte mir das Recht vor, diese Patientenverfügung jederzeit zu widerrufen, es sei denn, ich tue dies daher sollte es als Darstellung meiner fortgesetzten Richtungen verstanden werden.**

Unterzeichnet: \_\_\_\_\_

#### 4. Entscheidungsträger für medizinische Behandlungen

BITTE BEACHTEN SIE: Dieser Abschnitt listet nur Ihre Entscheidungsträger für medizinische Behandlungen auf. Es tut nicht eine Person offiziell in die Rolle des Entscheidungsträgers für medizinische Behandlung ernennen. Dies muss durch Ausfüllen des Formulars erfolgen *Ernennung eines Entscheidungsträgers für die medizinische Behandlung*.

Ich habe zu meinen Entscheidungsträgern für die medizinische Behandlung ernannt:

Entscheider für die medizinische Behandlung 1

Name:	
Geburtsdatum:	
Die Anschrift:	
Telefonnummer:	

Entscheidungsträger für medizinische Behandlung 2

Name:	
Geburtsdatum:	
Die Anschrift:	
Telefonnummer:	

Unterzeichnet: \_\_\_\_\_

## 5. Zeugnis geben

Sie müssen unterschreibenvor dem zwei erwachsene Zeugen.

Zeuge 1 muss Arzt sein. Zeuge 2 kann ein anderer Erwachsener sein.

Keiner der Zeugen kann eine Person sein, die Sie zu Ihrem Entscheidungsträger für die medizinische Behandlung ernannt haben.

Ihre Unterschrift:	
Datum:	

Jeder Zeuge bestätigt, dass:

- Zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Dokuments schien die Person, die die Patientenverfügung erteilte, in Bezug auf jede Aussage in der Richtlinie entscheidungsbefugt zu sein
- Zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Dokuments schien die Person, die die Patientenverfügung erteilte, die Art und Wirkung jeder Aussage in der Richtlinie zu verstehen
- Die Person hat das Dokument offenbar frei und freiwillig unterschrieben
- Die Person hat das Dokument in meiner Anwesenheit und in Anwesenheit des zweiten Zeugen unterzeichnet, und
- Ich bin kein ernannter Entscheidungsträger für die medizinische Behandlung der Person.

### Zeuge 1 - Registrierter Arzt

Vollständiger Name:	
Qualifikation u AHPRA-Nummer:	
Unterzeichnet:	
Datum:	

Zeuge 2 - Ein weiterer Erwachsener

Vollständiger Name:	
Unterzeichnet:	
Datum:	

Unterzeichnet: \_\_\_\_\_

Was tun mit diesem Formular?

- Behalten Sie das Originalformular bei sich. Geben Sie Kopien an Ihren Entscheidungsträger für medizinische Behandlungen, Familie, Freunde und alle behandelnden Ärzte. Bewahren Sie Ersatzexemplare für den Fall auf, dass Sie ins Krankenhaus eingeliefert werden oder von einem weiteren Arzt oder Heilpraktiker behandelt werden.
- Stellen Sie sicher, dass Ihr Entscheidungsträger für medizinische Behandlungen das Formular gelesen und vollständig verstanden hat.
- Ihre Patientenverfügung kann in „Meine Patientenakte“ hochgeladen werden.

## Bewertungen

In Würde sterben Victoria empfiehlt dringend, dass Sie dieses Dokument regelmäßig lesen, da sich Ihre Wünsche ändern können oder es Fortschritte in der Medizintechnik geben kann. Sie sollten das Dokument alle zwei Jahre überprüfen oder wenn sich Ihr Gesundheitszustand erheblich ändert.

Jedes Mal, wenn Sie Ihr Dokument überprüfen und Ihre Wünsche haben nicht geändert haben, unterschreiben und datieren Sie eine der nachstehenden Bestätigungen. Wenn sich Ihr Wunsch geändert hat, müssen Sie einen neuen Vorsorgeauftrag ausfüllen.

### Überprüfung des Dokuments: 1

Ich bestätige, dass ich dieses Dokument gelesen habe und nichts ändern möchte.

Unterschiedet:	
Datum:	

### Überprüfung des Dokuments: 2

Ich bestätige, dass ich dieses Dokument gelesen habe und nichts ändern möchte.

Unterschiedet:	
Datum:	

### Überprüfung des Dokuments: 3

Ich bestätige, dass ich dieses Dokument gelesen habe und nichts ändern möchte.

Unterschiedet:	
Datum:	

Unterschiedet: \_\_\_\_\_