



Ein Leitfaden zur Erstellung einer Patientenverfügung in Westaustralien



Die Leser werden gewarnt, dass dieses Dokument Bilder von Personen enthalten kann, die seit dem Zeitpunkt der Veröffentlichung verstorben sind.

© Department of Health, State of Western Australia (2022)

Alle Informationen und Materialien in diesem Dokument sind urheberrechtlich geschützt. Das Urheberrecht liegt beim Staat Westaustralien. Abgesehen von jeglicher Verwendung, die durch das Urheberrechtsgesetz von 1968 [*Copyright Act 1968 (Cth)*] gestattet ist, dürfen die Informationen in diesem Dokument ohne ausdrückliche Genehmigung des End-of-Life Care Program des Gesundheitsministeriums von Westaustralien nicht veröffentlicht oder in irgendeinem Material reproduziert werden.

Vorgeschlagene Quellenangabe

Gesundheitsministerium, Westaustralien. *A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia* [Ein Leitfaden zur Erstellung einer Patientenverfügung in Westaustralien]. Perth: End-of-Life Care Program, Gesundheitsministerium, Westaustralien; 2022.

Wichtiger Haftungsausschluss

Dieser Leitfaden soll einen Überblick über die Erstellung einer Patientenverfügung in Westaustralien geben. Er enthält Links zu weiteren Informationen und Ressourcen. Er sollte nicht als Ersatz für eine rechtliche oder anderweitige professionelle Beratung angesehen werden. Für bestimmte Fälle, die rechtliche oder andere professionelle Hilfe erfordern, sollte unabhängiger Rat eingeholt werden.

Weitere Informationen zu Patientenverfügungen sind erhältlich bei:

Gesundheitsministerium

Telefon: 9222 2300

Email: acp@health.wa.gov.au

Website: healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning



Dolmetscherservice

Bitte fragen Sie nach einem Dolmetscher, wenn Sie Hilfe benötigen, um mit einem Gesundheitsdienst in Ihrer Sprache zu sprechen.

Inhalt

So verwenden Sie diesen Leitfaden 2

Abschnitt 1: Über Patientenverfügungen 3

Was ist eine Patientenverfügung? 3

Wer trifft Entscheidungen über Ihre Behandlung und Pflegeversorgung, wenn Sie die Fähigkeit verlieren, selbst Entscheidungen zu treffen oder zu kommunizieren? 4

Abschnitt 2: Schrittweise Anleitung 6

Teile der Patientenverfügung 6

Teil 1: Meine persönlichen Daten 6

Teil 2: Meine Gesundheit 7

Teil 3: Meine Werte und Präferenzen 8

Teil 4: Behandlungsentscheidungen meiner Patientenverfügung 12

Teil 5: Menschen, die mir geholfen haben, meine Patientenverfügung abzuschließen 18

Teil 6: Unterschrift und Bezeugung 20

Abschnitt 3: Hilfreiche Information 22

Häufig gestellte Fragen 22

Checkliste zum Erstellen einer Patientenverfügung 30

Wo Sie weitere Informationen finden 31

Geläufige Begriffe 33

Beispiel einer ausgefüllten Patientenverfügung 36

So verwenden Sie diesen Leitfaden

Dieser Leitfaden enthält Informationen, die Ihnen bei der Vorbereitung und dem Ausfüllen Ihrer Patientenverfügung (engl. Advance Health Directive) helfen.

Es kann einige Zeit dauern, bis Sie Ihre Patientenverfügung ausgefüllt haben. Sie müssen sie nicht in einem Zug abschließen. Sie können sie in Teilen abschließen.

Abschnitt 1: Über Patientenverfügungen

Dieser Abschnitt beschreibt, was eine Patientenverfügung (engl. Advance Health Directive) ist. Es wird darin erklärt, warum sie hilfreich ist, wie Ihre Patientenverfügung verwendet wird und wer Entscheidungen für Sie trifft, wenn Sie nicht mehr in der Lage sind, Ihre eigenen Entscheidungen zu treffen oder zu kommunizieren.

Abschnitt 2: Schrittweise Anleitung

Dieser Abschnitt enthält eine schrittweise Anleitung zum Erstellen einer Patientenverfügung, einschließlich Beispielen, um Ihnen zu helfen.

Abschnitt 3: Hilfreiche Informationen

Dieser Abschnitt enthält eine Checkliste zum Erstellen, Ausfüllen und Aufbewahren Ihrer Patientenverfügung. Es werden Begriffe erklärt, die in Patientenverfügungen verwendet werden, und Antworten auf [häufig gestellte Fragen](#) gegeben. Auch Links für weitere Informationen sind enthalten.

Beispiel einer ausgefüllten Patientenverfügung und Vordruck einer Patientenverfügung

Am Ende dieses Leitfadens finden Sie ein Beispiel für eine ausgefüllte Patientenverfügung. Ein Vordruck für eine Patientenverfügung liegt diesem Leitfaden als Beilage bei.

Sie können sich beim Ausfüllen Ihrer Patientenverfügung auf das ausgefüllte Beispielformular beziehen.

Sie können um Hilfe beim Ausfüllen Ihrer Patientenverfügung bitten. [Abschnitt 3: Hilfreiche](#) Informationen umfassen Informationen darüber, wie und wo Sie Hilfe erhalten können.



Abschnitt 1: Über Patientenverfügungen

Dieser Abschnitt beschreibt, was eine Patientenverfügung ist. Es wird darin erklärt, warum sie hilfreich ist, wie Ihre Patientenverfügung verwendet wird und wer Entscheidungen für Sie trifft, wenn Sie nicht mehr in der Lage sind, Ihre eigenen Entscheidungen zu treffen oder diese zu kommunizieren.

Was ist eine Patientenverfügung?

Eine Patientenverfügung ist ein **Rechtsdokument**, das es Ihnen ermöglicht, jetzt Entscheidungen über die Behandlung und Pflege zu treffen, die Sie in Zukunft erhalten oder nicht erhalten möchten.

Eine Patientenverfügung kommt **nur** dann zum Einsatz, wenn Sie ernsthaft erkranken oder sich verletzen und nicht in der Lage sind, Entscheidungen zu treffen oder Ihre Wünsche mitzuteilen. In diesem Fall wird Ihre Patientenverfügung zu Ihrer Stimme. Wenn Sie Ihre Patientenverfügung ändern müssen, sollten Sie Ihre aktuelle Patientenverfügung widerrufen (oder annullieren) und eine neue erstellen.

Eine Patientenverfügung ist eines der in Westaustralien (WA) verfügbaren Dokumente, die im Rahmen der Pflegevorsorgeplanung, dem sog. Advance Care Planning, ausgefüllt werden können.

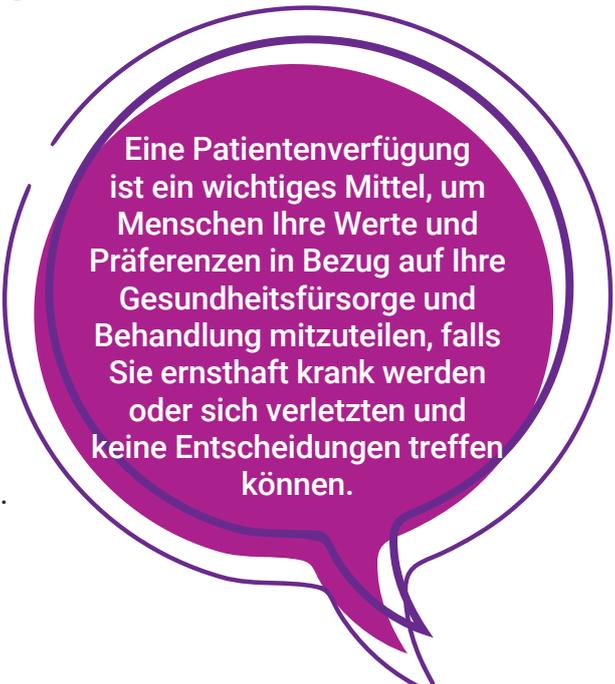
Eine Patientenverfügung hilft Ihren Angehörigen und medizinischen Fachkräften zu verstehen, was Ihnen in Bezug auf Ihre Gesundheit und Gesundheitsversorgung wichtig ist.

Es wird empfohlen, dass Sie mit Ihrer Familie, einer Pflegeperson, einem engen Freund, Ihrem Hausarzt oder anderen medizinischen Fachleuten sprechen, um Ihre Gedanken zu ordnen.

Andere Ressourcen, die Sie möglicherweise hilfreich finden, sind:

- MyValues-Website – myvalues.org.au
- Advance Care Planning-Website des westaustralischen Gesundheitsministeriums – healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning

Siehe die [Häufig gestellten Fragen](#) in Abschnitt 3: Hilfreiche Informationen für weitere Informationen zu Patientenverfügungen und dem Advance Care Planning.



Eine Patientenverfügung ist ein wichtiges Mittel, um Menschen Ihre Werte und Präferenzen in Bezug auf Ihre Gesundheitsfürsorge und Behandlung mitzuteilen, falls Sie ernsthaft krank werden oder sich verletzen und keine Entscheidungen treffen können.



Das Erstellen einer Patientenverfügung ist freiwillig.

Es kann schwierig sein, über Ihre zukünftige Gesundheit und Wünsche am Lebensende nachzudenken und zu sprechen. Bitten Sie um Hilfe, wenn Sie dabei Unterstützung benötigen.

Wer kann eine Patientenverfügung erstellen?

Um eine Patientenverfügung zu erstellen, müssen Sie zum Zeitpunkt der Erstellung der Patientenverfügung **18 Jahre oder älter** und **voll geschäftsfähig** sein.

Das bedeutet, dass Sie:

- alle Informationen oder Ratschläge verstehen, die Ihnen zur Entscheidungsfindung in Ihrer Patientenverfügung gegeben werden
- die wahrscheinliche(n) Wirkung(en) der Entscheidungen, die Sie in Ihrer Patientenverfügung treffen, auf Ihre zukünftige Behandlung und Pflege verstehen
- mögliche Vor- und Nachteile Ihrer Entscheidungen über Ihre zukünftige Behandlung und Pflege abwägen können
- in der Lage sind, Ihre Entscheidungen über Ihre zukünftige Behandlung und Gesundheitsversorgung auf irgendeine Weise mitzuteilen.

Erwachsene gelten als geschäftsfähig, es sei denn, das Gegenteil wird nachgewiesen. Wenn Sie Zweifel an Ihrer derzeitigen Fähigkeit haben, eine gültige Patientenverfügung zu erstellen, bitten Sie Ihren Arzt um eine Einschätzung. Sie können Ihren Arzt auch fragen, wenn Sie befürchten, dass Ihre Entscheidungsfähigkeit in Zukunft in Frage gestellt werden könnte.

Wer trifft Entscheidungen über Ihre Behandlung und Versorgung, wenn Sie die Fähigkeit verlieren, selbst Entscheidungen zu treffen oder zu kommunizieren?

Wenn Sie nicht mehr in der Lage sind, Entscheidungen über Ihre Behandlung und Pflegeversorgung zu treffen oder zu kommunizieren, müssen Angehörige der Gesundheitsberufe die [Hierarchie der Behandlungsentscheidungsträger](#) befolgen, wenn sie Behandlungsentscheidungen für Sie treffen.

Die Hierarchie der Behandlungsentscheidungsträger, die auf der nächsten Seite abgebildet ist, erklärt die Reihenfolge der Entscheidungsträger, die Gesundheitsfachkräfte befolgen müssen, wenn sie eine Behandlungsentscheidung für Sie treffen. Eine Patientenverfügung ist die erste Anlaufstelle für medizinisches Fachpersonal, um Entscheidungen über Ihre zukünftige Versorgung zu treffen.

Was ist, wenn ich keine Patientenverfügung erstelle?

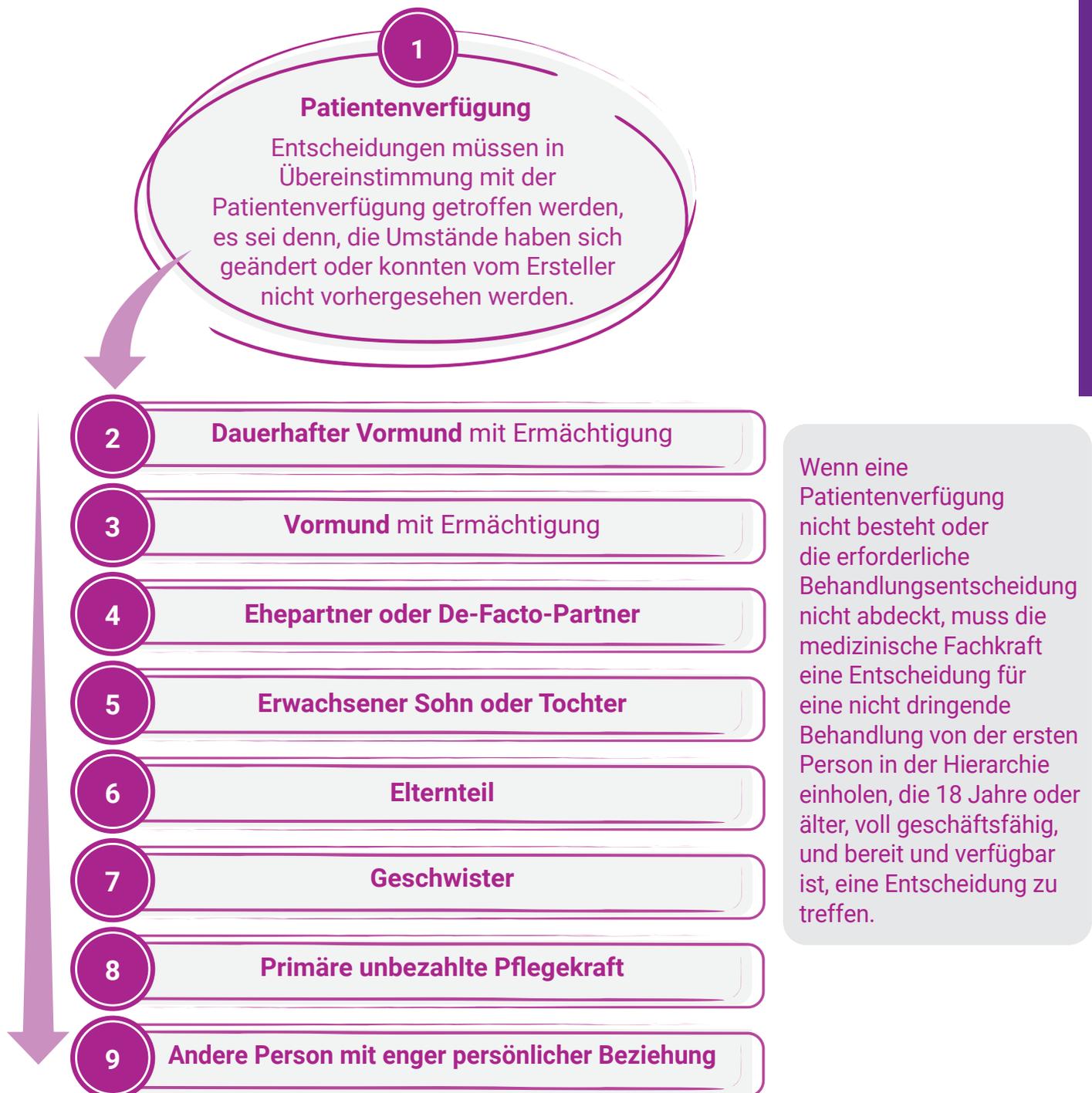
Wenn Sie keine Patientenverfügung erstellt haben, muss sich eine medizinische Fachkraft an die erste in der Hierarchie aufgeführte Person wenden, die 18 Jahre oder älter, voll geschäftsfähig und verfügbar und bereit ist, die Behandlungsentscheidung zu treffen.

Wenn die erste Person nicht verfügbar und bereit ist, die Entscheidung zu treffen, kann sich die Gesundheitsfachkraft an die nächste Person in der Hierarchie wenden und so weiter.

Was ist die Hierarchie der Behandlungsentscheidungsträger?

Die Hierarchie der Behandlungsentscheidungsträger wird nur von Angehörigen der Gesundheitsberufe verwendet, wenn Sie die Fähigkeit verlieren, Entscheidungen über Ihre Gesundheitsversorgung zu treffen und/oder zu kommunizieren.

Hierarchie der Behandlungsentscheidungsträger



Selbst wenn Sie einen dauerhaften Vormund ernannt haben, können Sie sich dennoch dafür entscheiden, eine Patientenverfügung zu erstellen, um Ihre Präferenzen für bestimmte Behandlungen mitzuteilen, die Ihnen wichtig sind.

Siehe die [Häufig gestellten Fragen](#) in Abschnitt 3: Hilfreiche Informationen für weitere Informationen über dauerhafte Vormunde.

Abschnitt 2: Schrittweise Anleitung

Dieser Abschnitt enthält eine schrittweise Anleitung zum Erstellen einer Patientenverfügung, einschließlich Beispielen, um Ihnen zu helfen.

Teile der Patientenverfügung

Damit eine Patientenverfügung gültig ist, müssen Sie die Teile 1, 4 und 6 ausfüllen.

In **Teil 1** notieren Sie Ihre persönlichen Daten. Sie **müssen** Teil 1 ausfüllen.

In **Teil 2** notieren Sie alle wichtigen Gesundheitsprobleme, die Sie haben.

In **Teil 3** notieren Sie, was Ihnen wichtig ist und welche Werte und Wünsche Sie für Ihre zukünftige Pflege haben.

In **Teil 4** schreiben Sie auf, welche Behandlungen und Pflegeversorgung (einschließlich medizinischer Forschungstätigkeiten) Sie in Zukunft wünschen oder nicht wünschen. Sie **müssen** mindestens eine Behandlungsentscheidung in Teil 4 aufnehmen, um eine gültige Patientenverfügung zu erstellen.

In **Teil 5** notieren Sie Angaben zu den Personen, die Ihnen beim Ausfüllen Ihrer Patientenverfügung geholfen haben.

In **Teil 6** unterschreiben Sie Ihre Patientenverfügung. Sie **müssen** Teil 6 ausfüllen und Ihre Unterschrift **muss** bezeugt werden (Einzelheiten zu den Anforderungen an die Bezeugung finden Sie in [Teil 6](#)).

Teil 1: Meine persönlichen Daten

Diesen Teil der Patientenverfügung müssen Sie ausfüllen.

Sie **müssen** Folgendes ausfüllen:

- Datum an dem Patientenverfügung erstellt wird
- Ihren vollständigen Namen, Ihr Geburtsdatum und Ihre Adresse, damit Sie identifiziert werden können

Das Angeben Ihrer Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist **optional**. Es wird empfohlen, mindestens eine dieser Kontaktmöglichkeiten anzugeben, damit Sie bei Bedarf kontaktiert werden können.

Wenn sich Ihre Adresse, Telefonnummer oder E-Mail-Adresse in Zukunft ändert, bleibt Ihre Patientenverfügung weiterhin gültig.

Siehe die [Häufig gestellten Fragen](#) in Abschnitt 3: Hilfreiche Informationen für weitere Informationen zur Änderung Ihrer Kontaktdaten.



Teil 2: Meine Gesundheit

Sie können wählen, ob Sie einige, alle oder keine der Fragen in Teil 2 beantworten möchten. Streichen Sie alle Fragen, die Sie nicht ausfüllen möchten.

Sie können Teil 2 verwenden, um alle wichtigen Gesundheitsprobleme und Bedenken aufzulisten, die Sie haben. Sie können Teil 2 auch nutzen, um Dinge aufzuschreiben, die Ihnen wichtig sind, wenn Sie über Ihre Gesundheit sprechen.

2.1 Meine wichtigsten Gesundheitsprobleme

In Teil 2.1 können Sie Einzelheiten zu allen aktuellen wichtigen Gesundheitsproblemen aufschreiben, die Sie haben. Sie können körperliche und/oder psychische Erkrankungen einbeziehen. Sie können auch wichtige gesundheitliche Probleme angeben, die Sie in der Vergangenheit hatten.

Beispiele

- Vor 6 Jahren wurde bei mir Darmkrebs diagnostiziert. Ich hatte eine Operation und Chemotherapie. Ich bin jetzt in Remission, aber mir wurde gesagt, dass die Möglichkeit besteht, dass der Darmkrebs in Zukunft wiederkommt.
- Ich hatte vor 5 Jahren einen Autounfall. Ich habe immer noch chronische Rückenschmerzen. Mir wurde gesagt, dass meine Rückenschmerzen wahrscheinlich nicht besser werden.
- Bei mir wurde kürzlich eine Motoneuronerkrankung diagnostiziert. Mir wurde gesagt, dass sich meine Gesundheit wahrscheinlich schnell verschlechtern wird. Ich werde bald viel Hilfe bei alltäglichen Aufgaben wie Duschen und Anziehen brauchen.

2.2 Wenn mit mir über meine Gesundheit gesprochen wird, sind mir diese Dinge wichtig

In Teil 2.2 können Sie aufschreiben, was Ihnen wichtig ist, wenn Sie mit Gesundheitsfachkräften über Ihre Gesundheit sprechen. Dazu gehört die Menge an Informationen, die Sie erhalten möchten, bevor Sie Entscheidungen treffen, sowie Angaben zu allen Familienmitgliedern/Freunden, die Sie gerne bei sich haben, wenn Sie mit medizinischem Fachpersonal über Ihre Behandlungsmöglichkeiten und Pflege sprechen.

Trishs Geschichte

Bei Trish (65 Jahre) wurde gerade Brustkrebs im 4. Stadium diagnostiziert. In ihrer Patientenverfügung hat Trish vermerkt, dass ihre enge Freundin Kay (eine Krankenschwester) bei all ihren Arztterminen dabei ist, da sie am besten weiß, wie man Informationen so erklärt, dass Trish sie verstehen kann.

Beispiele

- Ich möchte viele Details über meinen Gesundheitszustand und meine Behandlungsoptionen wissen, damit ich meine Entscheidungen und was mit mir passieren könnte vollständig verstehen kann.
- Englisch ist meine Zweitsprache. Ich habe meinen Sohn oder meine Tochter gerne bei Terminen mit meinem Hausarzt und Fachärzten dabei.

Hinweis: Vielleicht möchten Sie auch eine Dauerhafte Vormundschaftsvollmacht (engl. Enduring Power of Guardianship) ausstellen, wenn es eine Person gibt, die Sie gut kennen und der Sie vertrauen, Entscheidungen für Sie zu treffen.

Siehe die [Häufig gestellten Fragen](#) in Abschnitt 3: Hilfreiche Informationen für weitere Informationen zur Bestellung eines dauerhaften Vormunds..

Teil 3: Meine Werte und Präferenzen

Sie können wählen, ob Sie einige, alle oder keine der Fragen in Teil 3 beantworten möchten. Streichen Sie alle Fragen, die Sie nicht ausfüllen möchten.

Sie können Teil 3 verwenden, um Dinge aufzuschreiben, die Ihnen in Bezug auf Ihre Gesundheit und Gesundheitsversorgung am wichtigsten sind. Sie können Dinge aufnehmen, die Ihnen Sorgen über Ihre zukünftige Gesundheit machen. So wissen Ihre Angehörigen und an Ihrer Gesundheitsversorgung beteiligte medizinische Fachkräfte, was für Sie wichtig ist, wenn Sie nicht mehr in der Lage sind, Entscheidungen zu treffen oder zu kommunizieren.

Es kann schwierig sein, darüber nachzudenken und darüber zu sprechen, was für Ihre zukünftige Gesundheit und Ihre Wünsche für das Ende Ihres Lebens wichtig ist. Bitten Sie um Hilfe, wenn Sie beim Ausfüllen dieses Teils des Formulars Unterstützung benötigen.

3.1 Diese Dinge sind mir wichtig

In Teil 3.1 werden Sie gebeten, zu beschreiben, was „gut leben“ für Sie bedeutet. Zum Beispiel, was Sie am meisten vermissen würden, wenn Sie krank werden und nicht so leben könnten, wie Sie es jetzt tun.

Dieser Teil des Formulars enthält eine Liste von Dingen, die für Sie wichtig sein könnten. Sie können alle Kästchen ankreuzen, die auf Sie zutreffen. Sie können auch Aktivitäten, Interessen oder Hobbys aufschreiben, die Ihnen wichtig sind.

Beispiele

- Zeit mit Familie und Freunden zu verbringen ist mir wichtig.
- Es ist mir sehr wichtig, dass meine Tochter mich oft besucht.
- Meine Haustiere in meiner Nähe zu haben oder sie zumindest regelmäßig sehen zu können, ist mir wichtig.
- Ich war mein ganzes Leben lang Teil der lesbischen Gemeinschaft und möchte, dass diese Verbindung bestehen bleibt.
- Ich bin Chinesin und verbringe gerne Zeit mit Menschen, die Kantonesisch sprechen können.

Ritas Geschichte

Rita (87 Jahre) besucht regelmäßig ihren kroatischen Club, um ihre Freunde zu treffen, in ihrer Muttersprache Kroatisch zu sprechen und traditionelle Spiele aus ihrem Heimatland zu spielen. Rita hat in ihrer Patientenverfügung geschrieben, dass sie den Club nicht besuchen möchte, wenn sie nicht mehr in der Lage ist zu sprechen oder sich gut zu bewegen.

3.2 Dies sind Dinge, die mir Sorgen bereiten, wenn ich an meine zukünftige Gesundheit denke

In Teil 3.2 werden Sie gebeten, zu beschreiben, was Sie in Bezug auf Ihre zukünftige Gesundheit und Gesundheitsversorgung beunruhigt. Zum Beispiel alle dauerhaften Folgen von Krankheiten oder Verletzungen, die für Sie nicht akzeptabel wären.

Wenn Sie in Zukunft krank werden oder sich verletzen, können Behandlung und Pflege Ihnen helfen, sich zu erholen, und Ihre Gesundheit kann wieder so werden, wie sie war, bevor Sie krank wurden. Es ist jedoch möglich, dass je nach Krankheit oder Verletzung, Behandlung und Pflege nur wenig helfen und Sie nicht mehr so leben können wie bisher.

Beispiele

- Ich mache mir Sorgen, ständig Schmerzen zu haben.
- Ich mache mir Sorgen, dass ich nicht in der Lage sein könnte, mit meiner Familie und meinen Freunden zu kommunizieren oder von ihnen verstanden zu werden.
- Ich wäre unglücklich, wenn ich nicht mehr in der Lage wäre, selbstständig zu leben.
- Ich fände es inakzeptabel, wenn ich nicht mehr in der Lage wäre, mich selbst zu ernähren.
- Ich fände es sehr schwierig, wenn ich meine Familie und Freunde nicht erkennen könnte.

Nicoles Geschichte

Bei Nicole (43 Jahre) wurde kürzlich die Parkinson-Krankheit diagnostiziert. In ihrer Patientenverfügung hat sie geschrieben, dass sie es inakzeptabel fände, wenn sie sich dauerhaft nicht selbst ernähren könnte. Nicole möchte, dass ihre Familie weiß, was ihr wichtig ist, denn sie wird sich um sie kümmern, wenn die Krankheit dazu führt, dass sie die Kontrolle über ihre Hände und andere Körperteile verliert.



3.3 Wenn ich mich dem Tod nähere, möchte ich hier sein

In Teil 3.3 werden Sie gebeten, zu beschreiben, wo Sie Ihre letzten Tage oder Wochen verbringen möchten, wenn Sie sich dem Tod nähern.

In diesem Teil des Formulars stehen 4 Optionen zur Verfügung. Sie können nur eine Option auswählen. Sie können weitere Einzelheiten über die von Ihnen gewählte Option in das dafür vorgesehene Feld eintragen.

Beispiele:

- In der Natur zu sein ist mir wichtig. Ich möchte gerne dort sein, wo es einen Garten mit Blumen gibt oder in der Nähe des Strandes.
- Familie und Freunde sind ein bedeutender Teil meines Lebens. Ich würde es vorziehen, so lange wie möglich in ihrer Nähe zu sein, damit sie mich einfach und regelmäßig besuchen können.
- Ich bin schwul und es ist mir wichtig, an einem Ort zu sein, an dem meine Sexualität akzeptiert und respektiert wird.

Raymonds Geschichte

Raymond (95 Jahre) lebte die letzten 5 Jahre seines Lebens in einer stationären Altenpflegeeinrichtung. Diese wurde für ihn zur Heimat. Raymond hatte eine Patientenverfügung. Er schrieb, er wolle dort sterben, wo er lebe, mit seiner Familie um sich herum. Raymonds Gesundheitszustand verschlechterte sich schnell. Seine medizinischen Fachkräfte nutzten seine Patientenverfügung als Orientierungshilfe für seine Pflege in den letzten Wochen seines Lebens. Er starb friedlich in der Altenpflegeeinrichtung im Kreise seiner Familie.



3.4 Wenn ich mich dem Tod nähere, sind mir diese Dinge wichtig

Teil 3.4 bittet Sie, aufzuschreiben, was Ihnen Trost gibt und wen Sie gerne um sich haben möchten, wenn Sie sich dem Tod nähern. Es kann schwierig sein, über Ihre Wünsche für das Ende Ihres Lebens nachzudenken. Überlegen Sie, was Ihnen in dieser Zeit am wichtigsten wäre. Vielleicht möchten Sie darüber nachdenken, welche spirituellen, religiösen oder kulturellen Traditionen für Sie wichtig sind oder was Ihnen wahrscheinlich ein Gefühl von Trost oder Frieden bringt.

Sie können alle Kästchen ankreuzen, die auf Sie zutreffen. Sie können weitere Details in die bereitgestellten Felder aufnehmen.

Beispiele:

- Ich bin ein Aboriginal Elder. Es ist wichtig, dass meine Familie und Gemeinschaft heilige und traditionelle Bräuche meiner Kultur vor, während und nach meinem Tod ausführen können.
- Wenn ich im Sterben liege, möchte ich, dass mein Zimmer sanft beleuchtet ist und meditative Musik gespielt wird. Diese Umgebung empfinde ich als beruhigend.
- Wenn ich im Sterben liege, möchte ich nicht in ein Krankenhaus gehen, es sei denn, mein Komfort und meine Würde können zu Hause nicht aufrechterhalten werden.
- Ich bin Hindu und möchte meine Großfamilie um mich haben, damit sie einige traditionelle Rituale durchführen kann.

Auntys Geschichte

Aunty (64 Jahre) hat seit vielen Jahren gesundheitliche Probleme wie Diabetes. Ihre Community lebt in Turkey Creek. Wenn sie sehr krank wird, möchte sie, dass ihre Tochter Carol sie „on Country“ zurückbringt, wenn sie reisen kann und es ihre Familie nicht zu sehr belastet. Das in ihre Patientenverfügung zu schreiben gibt ihr die beruhigende Gewissheit, dass ihre Wünsche klar sind.



Teil 4: Behandlungsentscheidungen meiner Patientenverfügung

Sie müssen mindestens eine Behandlungsentscheidung in Teil 4 treffen, um eine gültige Patientenverfügung zu treffen. Streichen Sie alle Teile, die Sie nicht ausfüllen möchten.

Sie können Teil 4 verwenden, um Entscheidungen über zukünftige Behandlungen zu treffen, die Sie wünschen oder nicht möchten. Dies schließt Behandlungen oder Eingriffe ein, die verwendet werden können, um Sie am Leben zu erhalten. Diese werden als „lebenserhaltende Behandlungen“ bezeichnet. Sie können auch entscheiden, ob Sie in Zukunft an medizinischer Forschung teilnehmen möchten. Angehörige der Gesundheitsberufe müssen die Entscheidungen befolgen, die Sie in Teil 4 auflisten.

Eine Behandlung ist jede medizinische oder chirurgische Behandlung, einschließlich Palliativpflege und lebenserhaltender Maßnahmen, zahnärztlicher Behandlung oder anderer Gesundheitsleistungen.

Eine Behandlungsentscheidung in einer Patientenverfügung ist eine Entscheidung, der Aufnahme oder Fortsetzung einer Behandlung zuzustimmen oder die Zustimmung zu verweigern.

Es wird dringend empfohlen, dass Sie Ihre Behandlungsentscheidungen mit Ihrem Arzt besprechen, bevor Sie Ihre Patientenverfügung ausfüllen.

Ihr Arzt und andere medizinische Fachleute können Sie zu Behandlungsmöglichkeiten und deren Auswirkungen auf Sie beraten.

4.1 Lebenserhaltende Behandlungsentscheidungen

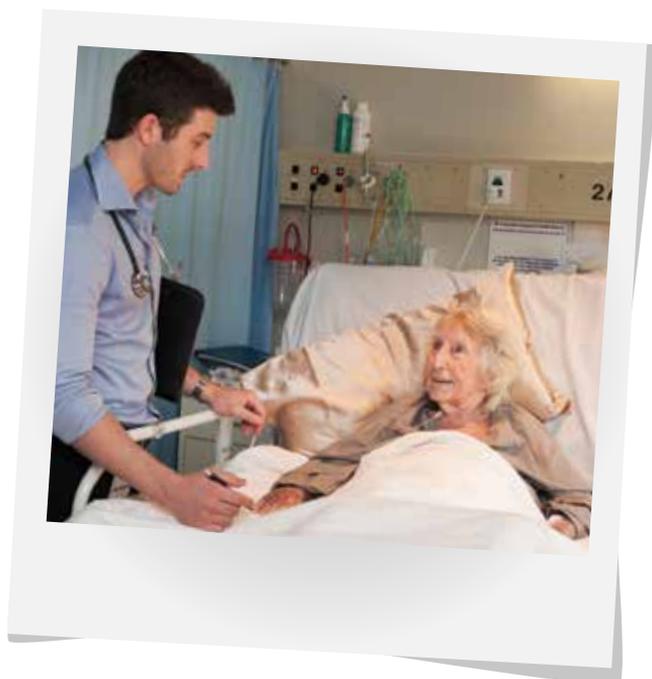
Streichen Sie diese Frage, wenn Sie sie nicht ausfüllen möchten. Hinweis: Sie müssen mindestens eine Behandlungsentscheidung innerhalb von Teil 4 treffen, um eine gültige Patientenverfügung zu erstellen.

Teil 4.1 fordert Sie auf, Entscheidungen über Behandlungen oder Eingriffe zu treffen, die Sie in Zukunft wünschen oder nicht wünschen, um Sie am Leben zu erhalten. Diese Informationen werden nur verwendet, wenn Sie nicht mehr in der Lage sind, selbst Entscheidungen zu treffen oder mitzuteilen.

Wenn Sie Entscheidungen darüber treffen, welche lebenserhaltenden Behandlungen Sie wünschen oder nicht wünschen, denken Sie an die Dinge, die Sie in [Teil 3: Meine Werte und Präferenzen](#) als für Sie wichtig aufgeführt haben.

Um Ihnen beim Ausfüllen dieses Teils des Formulars zu helfen, sprechen Sie mit Ihrem Arzt und/oder anderen medizinischen Fachleuten über:

- welche unterschiedlichen lebenserhaltenden Behandlungen Sie möglicherweise in Zukunft benötigen werden
- Risiken und Nebenwirkungen möglicher lebenserhaltender Behandlungen
- wie Ihre langfristige Gesundheit und Lebensqualität durch verschiedene lebenserhaltende Behandlungen beeinflusst werden können.



Vorbehaltlich einiger begrenzter Ausnahmen müssen medizinische Fachkräfte Ihre Anweisungen für lebenserhaltende Behandlungen befolgen. Nur weil Sie Teil 4.1 abgeschlossen haben, bedeutet dies jedoch nicht, dass Sie die von Ihnen gewählten Behandlungen definitiv benötigen oder erhalten werden. Wenn eine Behandlung Ihnen keinen Nutzen bringt, ist Ihr Arzt nicht verpflichtet, sie durchzuführen.

Siehe die [Häufig gestellten Fragen](#) in Abschnitt 3: Hilfreiche Informationen für weitere Informationen zu lebenserhaltenden Behandlungen.

Es gibt 5 Optionen in Teil 4.1. Sie können nur eine Option auswählen.

- **Option 1:** Ich stimme allen Behandlungen zu, die darauf abzielen, mein Leben zu erhalten oder zu verlängern.
- **Option 2:** Ich stimme allen Behandlungen zu, die darauf abzielen, mein Leben zu erhalten oder zu verlängern, es sei denn, es ist offensichtlich, dass es mir aufgrund einer Verletzung oder Krankheit so schlecht geht, dass keine vernünftige Aussicht besteht, dass ich mich so weit erhole, dass ich ohne kontinuierliche lebenserhaltende Behandlungen überleben kann. In einer solchen Situation widerrufe ich die Zustimmung zu lebenserhaltenden Behandlungen.
- **Option 3:** Ich verweigere die Zustimmung zu allen Behandlungen, die darauf abzielen, mein Leben zu erhalten oder zu verlängern.
- **Option 4:** Ich treffe die folgenden Entscheidungen über bestimmte lebenserhaltende Behandlungen, wie in der folgenden Tabelle aufgeführt.
- **Option 5:** Ich kann mich derzeit nicht entscheiden.

Ihre Entscheidungen in Teil 4.1 beziehen sich nur auf lebenserhaltende Behandlungen. Gesundheitsfachkräfte werden sich weiterhin darum kümmern, Schmerzen zu minimieren und es Ihnen so bequem wie möglich zu machen (d. h. Palliativpflege), selbst wenn Sie sich entscheiden, alle lebenserhaltenden Behandlungen abzulehnen.

Wenn Sie keine Palliativversorgung erhalten möchten, müssen Sie dies in Teil 4.2 angeben.

Wenn Sie sich für Option 4 entscheiden, müssen Sie Entscheidungen über verschiedene Arten von lebenserhaltenden Behandlungen treffen, die Sie erhalten oder nicht erhalten möchten.



Jede Person hat ihre eigenen Vorstellung davon, welche Behandlungen sie wünscht oder nicht wünscht. Die folgenden Beispiele können Ihnen bei der Abwägung Ihrer Optionen helfen. Vielleicht möchten Sie auch mehr Details angeben. Sie können Option 5 wählen, wenn Sie noch nicht bereit sind, eine Entscheidung über lebenserhaltende Behandlungen zu treffen, die Sie in Zukunft wünschen oder nicht wünschen.

Beispiele

Beispiel Option 1 – Nathans Geschichte

- Nathan hatte vor 5 Wochen einen Herzinfarkt. Sein Hausarzt hat ihm gesagt, dass er höchstwahrscheinlich am Herzen operiert werden muss. Nathan hätte gerne alle Behandlungen, die sein Leben erhalten oder verlängern könnten.
- **Nathan wählt: Option 1 – Ich stimme allen Behandlungen zu, die darauf abzielen, mein Leben zu erhalten oder zu verlängern.**

Beispiel Option 2 – Lindas Geschichte

- Bei Linda wurde eine Nierenerkrankung diagnostiziert. Ihre Mutter starb an Nierenversagen. Linda erinnert sich, dass ihre Mutter gegen Ende ihres Lebens viel Übelkeit hatte. Sie erinnert sich, dass die Übelkeit durch Behandlungen der zugrunde liegenden Krankheit verschlimmert wurde, obwohl es keine vernünftige Aussicht gab, dass sie sich davon erholen würde. Linda will das nicht für sich.
- **Linda wählt: Option 2 – Ich stimme allen Behandlungen zu, die darauf abzielen, mein Leben zu erhalten oder zu verlängern, es sei denn, es ist offensichtlich, dass es mir aufgrund einer Verletzung oder Krankheit so schlecht geht, dass keine vernünftige Aussicht besteht, dass ich mich so weit erhole, dass ich ohne kontinuierliche lebenserhaltende Behandlungen überleben kann. In einer solchen Situation widerrufe ich die Zustimmung zu lebenserhaltenden Behandlungen.**

Beispiel Option 3 – Mias Geschichte

- Mia wurde zuvor wegen Brustkrebs behandelt. Ihr wurde gerade mitgeteilt, dass ihr Krebs zurückgekehrt ist und dass die Behandlung ihr Leben wahrscheinlich nicht über die nächsten Monate hinaus verlängern wird.
- Mias Freundin hatte Brustkrebs und Mia vertritt eine eindeutige Position hinsichtlich der Chemotherapie, die ihre Freundin erhielt, und die ihr Leben und ihr Leiden verlängert hat. Mia hat entschieden, dass sie dieses Mal keine weitere Behandlung wünscht, die ihren Tod verzögern würde, und möchte, dass sich ihre medizinischen Fachkräfte darauf konzentrieren, es ihr so bequem wie möglich zu machen und sie weitestgehend schmerzfrei zu halten.
- **Mia wählt: Option 3 – Ich verweigere die Zustimmung zu allen Behandlungen, die darauf abzielen, mein Leben zu erhalten oder zu verlängern.**

Beispiel Option 4 – Peters Geschichte

- Bei Peter wurde eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (eine chronische Erkrankung der Lunge) diagnostiziert. Er ist 70 Jahre alt und weiß, dass sich sein Zustand nur noch verschlechtern wird. Obwohl er meint, dass er zu Hause noch eine gute Lebensqualität haben könnte, auch wenn dies den Einsatz von Sauerstoff erfordert, möchte er nicht dauerhaft an einem Beatmungsgerät in einem Pflegeheim oder Krankenhaus angeschlossen sein.
- **Peter wählt: Option 4 – Ich treffe die folgenden Entscheidungen über bestimmte lebenserhaltende Behandlungen, wie in der folgenden Tabelle aufgeführt.**
 - **Er kreuzt das Kästchen (B) für assistierte Beatmung an und macht folgende Angaben:** Nur wenn vorübergehend und wenn ich dann nach Hause zurückkehren könnte, sogar mit Sauerstoff. Ich möchte nicht dauerhaft im Krankenhaus oder Pflegeheim an ein Beatmungsgerät angeschlossen sein.
 - **Er kreuzt das Kästchen (C) für alle anderen Behandlungen an:** Ich lehne alle anderen lebenserhaltenden Behandlungen ab.

Beispiel Option 5 – Williams Geschichte

- William ist 25 Jahre alt und hat noch nie den Tod eines nahen Familienmitglieds erlebt oder erlebt, dass jemand, der ihm nahe steht, eine lebenserhaltende Behandlung benötigt.
- **William wählt: Option 5 – Ich kann mich derzeit nicht entscheiden.**

4.2 Andere Behandlungsentscheidungen

Streichen Sie diese Frage, wenn Sie sie nicht ausfüllen möchten. Hinweis: Sie müssen mindestens eine Behandlungsentscheidung in Teil 4 treffen, um eine gültige Patientenverfügung zu erstellen.

Teil 4.2 fordert Sie auf, Entscheidungen über andere Behandlungen (abgesehen von den lebenserhaltenden Behandlungen in Teil 4.1) zu treffen, die Sie in Zukunft erhalten oder nicht erhalten möchten. Diese Informationen werden nur verwendet, wenn Sie nicht mehr in der Lage sind, selbst Entscheidungen zu treffen oder mitzuteilen.

Andere Behandlungen können Medikamente umfassen, die zur Vorbeugung bestimmter Gesundheitszustände (z. B. Aspirin, Cholesterinbehandlungen) eingesetzt werden, oder auch Bluttransfusionen.

Wenn Sie eine Entscheidung zu einer bestimmten Behandlung auflisten, sollten Sie den Umstand/ die Umstände beschreiben, unter denen Sie diese Behandlung wünschen oder nicht wünschen würden.

Wenn Sie beispielsweise kein Aspirin erhalten möchten, ist dies unter allen Umständen oder nur unter bestimmten Umständen der Fall?

Details können Sie in den dafür vorgesehenen Feldern angeben. Wenn Sie mehr Platz benötigen, füllen Sie die zusätzlichen Seiten für [Teil 4.2 – Sonstige Behandlungsentscheidungen](#) aus, die diesem Leitfaden beigelegt sind, und fügen Sie sie Teil 4.2 Ihrer Patientenverfügung bei.

Siehe die [Häufig gestellten Fragen](#) in Abschnitt 3: Hilfreiche Informationen für weitere Informationen zum Hinzufügen von Seiten zu Ihrer Patientenverfügung.

Beispiele

Gesundheitliche Umstände	Meine Behandlungsentscheidungen
Ich habe sehr hohe Cholesterinwerte	Geben Sie mir keine Cholesterinabsorptionshemmer. Ich kann die Nebenwirkungen nicht vertragen.
Alle Umstände	Geben Sie mir keine Bluttransfusion oder Blutprodukte. Es ist gegen meinen Glauben.
Ich bekomme regelmäßig Migräne	Geben Sie mir kein Aspirin. Es verursacht bei mir Bauchschmerzen.

4.3 Medizinische Forschung

Streichen Sie diese Frage, wenn Sie sie nicht ausfüllen möchten. Hinweis: Sie müssen mindestens eine Behandlungsentscheidung innerhalb von Teil 4 treffen, um eine gültige Patientenverfügung zu erstellen.

Teil 4.3 fordert Sie auf, Entscheidungen über die Teilnahme an medizinischer Forschung zu treffen. Diese Informationen werden nur verwendet, wenn Sie nicht mehr in der Lage sind, selbst Entscheidungen zu treffen oder mitzuteilen.

Die Teilnahme an medizinischer Forschung kann dazu beitragen, medizinische und wissenschaftliche Erkenntnisse zur Vorbeugung, Erkennung und/oder Behandlung von Krankheiten zu gewinnen. Teil 4.3 listet verschiedene Arten von medizinischen Forschungsaktivitäten auf. Sie können den Umstand/die Umstände ankreuzen, unter denen Sie der Teilnahme an den aufgeführten medizinischen Forschungsaktivitäten zustimmen oder nicht zustimmen. Die folgende Tabelle enthält Beispiele für jede in Teil 4.3 aufgeführte medizinische Forschungstätigkeit.

Medizinische Forschung muss nach strengen Richtlinien und mit Zustimmung eines Expertenausschusses für Humanforschung (dem Human Research Ethics Committee, das dem *National Statement on Ethical Conduct in Human Research* [Nationale Erklärung zum ethischen Verhalten in der Humanforschung] entspricht) durchgeführt werden.

Wenn Sie der Teilnahme an zukünftiger medizinischer Forschung zustimmen, gilt dies nur für Forschung, die von einem Humanforschungsausschuss genehmigt wurde und die den nationalen Forschungsrichtlinien entspricht. Weitere Informationen zur medizinischen Forschung finden Sie auf der Website des Office of the Public Advocate [Amt des Öffentlichen Fürsprechers] unter publicadvocate.wa.gov.au. Die [geläufigen Begriffe](#) in Abschnitt 3: Hilfreiche Informationen bieten auch weitere Informationen.



Forschungstätigkeiten	Beispiel für diese Art von Forschung
Die Verwendung einer Ausstattung oder eines Geräts	Testen der Effizienz einer neuartigen Sauerstoffmaske oder eines Herzschrittmachers.
Bereitstellung von Gesundheitsversorgung, die noch nicht von einer beträchtlichen Anzahl von Ärzten in diesem Bereich der Gesundheitsversorgung unterstützt wird	Das Ausprobieren eines neuen Medikaments oder einer Art von Ausstattung dessen Wirksamkeit/deren Effektivität bisher nur in einer Studie mit einer kleinen Anzahl von Patienten gezeigt wurde.
Bereitstellung von Gesundheitsversorgung zur Durchführung einer vergleichenden Bewertung	Eine Studie, die die Auswirkungen von 2 verschiedenen Medikamenten oder Behandlungen auf eine Krankheit vergleicht. Bei dieser Art von Forschung erhält eine Patientengruppe eine Behandlung und eine zweite Patientengruppe eine andere Behandlung.
Entnahme von Blutproben	Forschung, bei der Blut entnommen wird, um es in einem Labor auf Veränderungen zu untersuchen, z. B. Veränderungen in der Anzahl oder Art der Blutkörperchen.
Entnahme von Gewebe- oder Flüssigkeitsproben aus dem Körper, einschließlich Mund, Rachen, Nasenhöhle, Augen oder Ohren	Biopsie eines Muttermals oder einer Sommersprosse (bei der ein Teil des Muttermals oder der Sommersprosse unter örtlicher Betäubung herausgeschnitten wird), um nach Anzeichen von Hautkrebs zu suchen. Einen Abstrich von der Innenseite der Nase nehmen lassen, um das Vorhandensein von Viren oder Bakterien zu überprüfen.
Jede nicht-intrusive Untersuchung von Mund, Rachen, Nasenhöhle, Augen oder Ohren	Mit einem Licht in die Ohren, Augen oder den Mund leuchten, um nach Veränderungen oder Anzeichen einer Krankheit zu suchen.
Eine nicht-intrusive Untersuchung von Größe, Gewicht oder Sehvermögen	Verwendung einer Waage zum Wiegen einer Person. Einen Sehtest durchführen, um das Sehvermögen einer Person zu überprüfen.
Beobachtet werden	Tests, bei denen die Atemfrequenz oder Bewegungsfreiheit einer Person bei verschiedenen Arten von Aktivitäten bewertet wird.
Durchführung einer Umfrage, eines Interviews oder einer Fokusgruppe	Beantwortung einer papier- oder webbasierten Umfrage mit Fragen zur Behandlung oder Pflege. Teilnahme an einem Interview oder Kleingruppentreffen, um Ideen darüber auszutauschen, was die Pflegeerfahrung verbessern könnte.
Sammeln, Verwenden oder Offenlegen von Informationen, einschließlich personenbezogener Daten	Forschung, bei der Informationen aus den Krankenakten eines Patienten (mit Zustimmung des Patienten) mit Forschern geteilt werden, zusammen mit Informationen aus anderen Patientenakten, um Unterschiede und Ähnlichkeiten zwischen Patientengruppen zu verstehen, z. B. wie oft Menschen mit einer bestimmten Erkrankung über einen Zeitraum von 10 Jahren ins Krankenhaus eingeliefert werden.
Berücksichtigung oder Bewertung von Proben oder Informationen, die im Rahmen einer oben aufgeführten Aktivität entnommen wurden	Vergleich der Ergebnisse von Blutuntersuchungen verschiedener Patienten, um im Rahmen der Forschung nach Ähnlichkeiten und Unterschieden zu suchen, um eine Krankheit und ihre Behandlung zu verstehen.

Teil 5: Menschen, die mir geholfen haben, meine Patientenverfügung auszufüllen

Sie können wählen, ob Sie einige, alle oder keine der Fragen in Teil 5 beantworten möchten. Streichen Sie alle Fragen, die Sie nicht ausfüllen möchten.

Bei einigen Fragen müssen Sie möglicherweise zusätzliche Informationen in Ihre Patientenverfügung aufnehmen (z. B. Übersetzererklärung).

In Teil 5 können Sie die Personen auflisten, die Ihnen beim Ausfüllen Ihrer Patientenverfügung geholfen haben.

5.1 Haben Sie beim Ausfüllen dieses Formulars die Dienste eines Übersetzers in Anspruch genommen?

Teil 5.1 fragt Sie, ob Sie bei der Erstellung Ihrer Patientenverfügung einen Übersetzer beauftragt haben.

Für diese Frage gibt es 3 Möglichkeiten:

- **Option 1: Englisch ist meine Muttersprache – ich musste keinen Übersetzer engagieren.**
Wählen Sie diese Option, wenn Sie mit der englischen Sprache vertraut sind und beim Ausfüllen des Formulars keinen Übersetzer beauftragt haben.
- **Option 2: Englisch ist nicht meine Muttersprache – ich habe bei der Erstellung dieser Patientenverfügung einen Übersetzer beauftragt und eine Übersetzererklärung beigefügt.**
Wählen Sie diese Option, wenn Sie auf einen Übersetzer zugegriffen haben, um eine Übersetzung des Formulars bereitzustellen. Sie sollten die diesem Leitfaden beiliegende [Übersetzererklärung](#) ausfüllen und Teil 5.1 Ihrer Patientenverfügung beifügen.
- **Möglichkeit 3: Englisch ist nicht meine Muttersprache – ich habe bei der Erstellung dieser Patientenverfügung keinen Übersetzer beauftragt.**
Wählen Sie diese Option, wenn Englisch nicht Ihre Muttersprache ist, Sie das Formular aber ohne Hilfe eines Übersetzers ausgefüllt haben.

Sie können nur ein Kästchen ankreuzen oder diese Frage streichen, wenn Sie sie nicht ausfüllen möchten.

Wenn Sie sich für Option 2 entscheiden, wird empfohlen, dass Sie und Ihr Übersetzer die [Häufig gestellten Fragen](#) in Abschnitt 3 lesen: Hilfreiche Informationen für weitere Informationen zum Zugriff auf einen Übersetzer.

Wenn Sie sich für Option 2 entscheiden, sollten Sie und Ihr Übersetzer die diesem Leitfaden beiliegende Übersetzererklärung ausfüllen und Ihrer Patientenverfügung beifügen.



5.2 Haben Sie eine Dauerhafte Vormundschaftsvollmacht (Enduring Power of Guardianship, EPG) erstellt?

In Teil 5.2 werden Sie gebeten, Informationen darüber aufzulisten, ob Sie eine Dauerhafte Vormundschaftsvollmacht erstellt haben.

Eine Dauerhafte Vormundschaftsvollmacht ist ein Rechtsdokument, das es Ihnen ermöglicht, eine oder mehrere Personen zu benennen und rechtlich zu ernennen, die für Sie Entscheidungen zu Lebensstil und Gesundheitsversorgung treffen, wenn Sie nicht mehr in der Lage sind, solche Entscheidungen zu treffen oder mitzuteilen. Wenn Sie eine Dauerhafte Vormundschaftsvollmacht erteilen, wird dringend empfohlen, dass Sie die Einzelheiten in Ihre Patientenverfügung aufnehmen.

Eine Person, die Sie ernennen, um in Ihrem Namen Entscheidungen zu treffen, wird als dauerhafter Vormund bezeichnet.

Ein dauerhafter Vormund kann Entscheidungen, die in Ihrer Patientenverfügung getroffen wurden, nicht außer Kraft setzen, außer unter besonderen Umständen (z. B. wenn neue Behandlungsoptionen verfügbar werden, die zum Zeitpunkt des Abschlusses Ihrer Patientenverfügung noch nicht bestanden).

Sie können nur ein Kästchen ankreuzen oder diese Frage streichen, wenn Sie sie nicht ausfüllen möchten. Wenn Sie sich für Option 2 entscheiden, sollten Sie Angaben zu Ihrer Dauerhaften Vormundschaftsmacht und Ihrem dauerhaften Vormund machen.

Siehe die [Häufig gestellten Fragen](#) in Abschnitt 3: Hilfreiche Informationen für weitere Informationen über die Dauerhafte Vormundschaftsvollmacht und wie man einen dauerhaften Vormund ernennt.

5.3 Haben Sie sich bei der Erstellung dieser Patientenverfügung medizinisch und/oder rechtlich beraten lassen?

In Teil 5.3 werden Sie gebeten, Angaben zu medizinischer und/oder rechtlicher Beratung zu machen, die Sie bei der Erstellung Ihrer Patientenverfügung erhalten haben.

Möglicherweise finden Sie es hilfreich, medizinischen und/oder rechtlichen Rat einzuholen, um sich und Ihren Angehörigen zu vergewissern, dass die Entscheidungen, die Sie in Ihrer Patientenverfügung treffen, in Ihrem besten Interesse und für Ihre gesundheitlichen Umstände angemessen sind.

Sie können nur ein Kästchen in Bezug auf medizinische Beratung ankreuzen, und Sie können nur ein Kästchen in Bezug auf Rechtsberatung ankreuzen. Streichen Sie die Frage, wenn Sie sie nicht ausfüllen möchten.



Es wird empfohlen – Sie sind dazu aber nicht verpflichtet – ärztlichen und/oder rechtlichen Rat einzuholen, um eine Patientenverfügung zu erstellen.



Teil 6: Unterschrift und Bezeugung

Sie müssen diesen Teil der Patientenverfügung ausfüllen und bestimmte Anforderungen an die Bezeugung erfüllen.

Um sicherzustellen, dass Ihre Patientenverfügung gültig ist, müssen Sie die folgenden Anforderungen für die Unterzeichnung und Bezeugung Ihrer Patientenverfügung erfüllen.

- Sie müssen die Patientenverfügung in Anwesenheit von 2 Zeugen unterschreiben. Beide Zeugen müssen Ihnen beim Unterschreiben der Patientenverfügung zusehen.
- Die Zeugen müssen die Patientenverfügung auch unterschreiben. Sie müssen beiden Zeugen beim Unterschreiben der Patientenverfügung zusehen. Jeder Zeuge muss zusehen, wie der andere Zeuge die Patientenverfügung unterzeichnet.
- Die 2 Zeugen müssen beide mindestens 18 Jahre alt und voll geschäftsfähig sein.
- Einer der Zeugen muss eine Person sein, die befugt ist, eidesstattliche Erklärungen zu bezeugen.

Eine detaillierte Liste der Personen, die befugt sind, eidesstattliche Erklärungen in WA zu bezeugen, finden Sie im Gesetz über Eide, Affidavits und eidesstattliche Erklärungen [*Oaths, Affidavits and Statutory Declarations Act 2005*], Anhang 2 unter wa.gov.au/government/publications/authorised-witnesses-statutory-declarations.

Eine vereinfachte Liste autorisierter Personen umfasst:

- Akademisch (postsekundäre Einrichtung)
- Buchhalter/in
- Architekt/in
- Australische/r Konsularbeamter/ Konsularbeamtin
- Australische/r Diplomat/in
- Gerichtsvollzieher/in
- Bank-Manager/in
- Chartered Secretary
- Apotheker/in
- Chiropraktiker/in
- Unternehmensprüfer/in oder Liquidator/in
- Gerichtsbeamter/in
- Offizier/in der Verteidigungsstreitkräfte
- Zahnarzt/Zahnärztin
- Arzt/Ärztin
- Wahlvorsteher/in eines Mitglieds des Bundesstaatparlaments
- Ingenieur/in
- Industrieorganisations-Sekretär/in
- Versicherungsmakler/in
- Friedensrichter/in
- Landgate-Offizier/in
- Anwalt/Anwältin
- CEO oder stellvertretende/r CEO der Kommunalverwaltung
- Gemeinderat/ Gemeinderätin
- Gutachter/in
- Offiziant/in bei der Eheschließung
- Parlamentsmitglied
- Hebamme
- Pfarrer/in einer religiösen Gemeinde
- Krankenpflegekraft
- Optiker/in
- Sanitäter/in
- Patentanwalt/ Patentanwältin
- Physiotherapeut/in
- Podologe/Podologin
- Polizist/in
- Postamtsleiter/in
- Psychologe/Psychologin
- Öffentlicher Notar/in
- Beamter/Beamtin (Commonwealth oder Bundesstaat)
- Immobilienmakler/in
- Verrechnungsstellenagent/in
- Vollzugsbeamter/ Vollzugsbeamtin oder dessen/deren Stellvertretender/in
- Landvermesser/in
- Lehrer/in
- Gerichtsbeamter/ Gerichtsbeamtin
- Tierarzt/Tierärztin.

Wenn Sie die Adresdaten Ihrer Zeugen angeben, verwenden Sie eine Straßenadresse und kein Postfach. Die Straße kann die Geschäftsadresse, der Arbeitsplatz oder die Wohnadresse des Zeugen/der Zeugin sein.

Siehe die Häufig gestellten [Fragen in Abschnitt 3](#): Hilfreiche Informationen für weitere Informationen über die Rolle und Verantwortlichkeiten von Zeugen.

Was ist, wenn ich meine Patientenverfügung nicht unterschreiben kann?

Wenn Sie Ihre ausgefüllte Patientenverfügung nicht unterschreiben können, können Sie ein beliebiges Zeichen setzen, einschließlich Initialen, Kreuz oder Daumenabdruck.

Wenn Sie ein anderes Zeichen als eine Unterschrift verwenden, müssen Sie die mit diesem Leitfaden bereitgestellte Zeichenklausel ausfüllen und sie Teil 6 Ihrer Patientenverfügung beifügen. Bei Aufnahme einer Zeichenklausel empfiehlt es sich, rechtlichen Rat einzuholen (Rechtsanwalt oder kommunaler Rechtsdienst).

Siehe die [Häufig gestellten Fragen](#) in Abschnitt 3: Hilfreiche Informationen für weitere Informationen zum Ausfüllen einer Patientenverfügung, wenn Sie sehbehindert sind oder nicht lesen und/oder schreiben können.



Abschnitt 3: Hilfreiche Informationen

Dieser Abschnitt enthält häufig gestellte Fragen und eine Checkliste zum Erstellen, Ausfüllen und Aufbewahren Ihrer Patientenverfügung. Er enthält auch allgemeine Begriffe und wo Sie weitere Informationen finden.

Häufig gestellte Fragen

Dieser Abschnitt enthält Antworten auf einige häufig gestellte Fragen zum Erstellen einer Patientenverfügung.

Allgemeines

Wann kommt meine Patientenverfügung zum Einsatz?

Ihre Patientenverfügung wird nur in Zeiten verwendet, in denen Sie keine Entscheidungen über Ihre Behandlung und Gesundheitsversorgung treffen und/oder mitteilen können, und wenn sie auf die von Ihnen gewünschte Behandlung zutrifft.

Wie lange ist meine Patientenverfügung gültig?

Entscheidungen, die Sie in Ihrer Patientenverfügung treffen, gelten:

- bis zu Ihrem Tod oder
- bis Sie Ihre Patientenverfügung widerrufen (annullieren) oder
- solange die in Ihrer Patientenverfügung aufgeführten Behandlungsmöglichkeiten relevant bleiben. Ihre Patientenverfügung gilt nicht für neue Behandlungsoptionen, die möglicherweise verfügbar werden, nachdem Sie die Patientenverfügung abgeschlossen haben.

Wenn ich eine alte Vorlage für meine Patientenverfügung verwendet habe, ist diese noch gültig?

Ja. Wenn Sie vor dem 4. Februar 2023 eine Patientenverfügung mit einer alten Version des Formulars erstellt und alle gesetzlichen Anforderungen zum Ausfüllen des Formulars eingehalten haben, bleibt sie weiterhin gültig.

Muss ich meine Patientenverfügung registrieren?

Nein. Sie sind gesetzlich nicht verpflichtet, Ihre Patientenverfügung zu registrieren. Es wird empfohlen, dass Sie Ihren Angehörigen und Personen, die an Ihrer Betreuung beteiligt sind, mitteilen, dass Sie eine Patientenverfügung erstellt haben, und ihnen eine Kopie zukommen lassen. Weitere Informationen finden Sie unter [Was sollte ich mit meiner ausgefüllten Patientenverfügung tun?](#)

Muss mein medizinisches Fachpersonal immer meine Entscheidungen in meiner Patientenverfügung befolgen?

Ja. Für die meisten Fälle gilt: Wenn Sie nicht mehr in der Lage sind, Entscheidungen über Ihre Behandlung und Pflege zu treffen oder mitzuteilen, müssen Angehörige der Gesundheitsberufe die Entscheidungen in Ihrer Patientenverfügung befolgen, mit einigen begrenzten Ausnahmen. Eine begrenzte Ausnahme kann auftreten, wenn:

- sich Umstände, die für Ihre Behandlungsentscheidung relevant sind, seit Ihrer Behandlungsentscheidung geändert haben, und
- Sie diese Änderungen vernünftigerweise nicht vorhersehen konnten, als Sie Ihre Patientenverfügung erstellt haben, und
- es wahrscheinlich ist, dass eine vernünftige Person mit Kenntnis der Änderung der Umstände ihre Meinung über die Behandlungsentscheidung ändern würde.

Wie oft und wann sollte ich meine Patientenverfügung überprüfen?

Es wird empfohlen, dass Sie Ihre Patientenverfügung alle 2 bis 5 Jahre überprüfen oder wenn sich Ihre Umstände ändern. Wenn bei Ihnen beispielsweise eine neue andauernde und/oder lebensbeschränkende Krankheit diagnostiziert wird, müssen Sie Ihre Patientenverfügung möglicherweise früher als 2 bis 5 Jahre überprüfen.

Was ist der Unterschied zwischen der Vorausplanung der Pflege, dem sog. Advance Care Planning, einem Werte- und Präferenzformular, einem Vorsorgeplan, dem sog. Advance Care Plan, und einer Patientenverfügung?

Advance Care Planning ist der freiwillige Planungsprozess für die zukünftige Gesundheits- und persönliche Pflege, bei dem Ihre Werte, Überzeugungen und Präferenzen bekannt gemacht werden, um die Entscheidungsfindung zu einem zukünftigen Zeitpunkt zu leiten, wenn Sie Ihre Entscheidungen nicht treffen oder nicht kommunizieren können.

Als Teil dieses Prozesses können Sie sich dafür entscheiden, ein Advance Care Planning-Dokument auszufüllen, um Ihre Werte, Überzeugungen, Präferenzen und Behandlungsentscheidungen festzuhalten. In WA umfassen die Advance Care Planning-Dokumente Folgendes:

- Ein **Werte- und Präferenzen-Formular: Planung meiner zukünftigen Pflege** ist ein Dokument, in dem Sie festhalten können, was Sie schätzen und was Sie sich für Ihre zukünftige Pflegeversorgung wünschen, einschließlich Ihres Wohnorts und anderer Dinge, die Ihnen wichtig sind. Dieses Formular kann als Common Law-Richtlinie betrachtet werden (weitere Informationen finden Sie unten [Was ist der Unterschied zwischen einer Common Law-Richtlinie und einer Patientenverfügung?](#)).
- Ein **Advance Care Plan für jemanden mit unzureichender Entscheidungsfähigkeit** ist ein Dokument, das in Ihrem Namen von (einem) anerkannten Entscheidungsträger(n) verfasst wurde, der/die eine enge und dauerhafte Beziehung zu Ihnen hat (d. h. die Person, die in der Hierarchie der Entscheidungsträger an oberster Stelle steht und verfügbar und bereit ist, Entscheidungen zu treffen). Dieses Dokument kann als Leitfaden für Entscheidungsträger und medizinisches Fachpersonal verwendet werden, um in Ihrem Namen medizinische Behandlungsentscheidungen zu treffen, wenn Sie keine gültige Patientenverfügung oder kein gültiges Werte- und Präferenzformular haben. Es sollte nur verwendet werden, wenn eine Person nicht mehr in der Lage ist, ein Werte- und Präferenzformular oder eine Patientenverfügung auszufüllen. Dieses Dokument ist kein rechtskräftiges Dokument, und es ist nicht ein Dokument, in welchem eine Person einer Behandlung rechtlich zustimmen oder sie ablehnen kann. Nicht rechtskräftige Dokumente werden im Rahmen spezifischer Rechtsvorschriften nicht anerkannt.
- Eine **Patientenverfügung** ist eine rechtlich gültige Aufzeichnung Ihrer Entscheidungen über eine Behandlung oder über Behandlungen, die Sie erhalten oder nicht erhalten möchten, wenn Sie in Zukunft erkranken oder sich verletzen. Sie kann nur von einer Person über 18 Jahren erstellt werden, die in der Lage ist, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen und zu kommunizieren. Die Patientenverfügung ist ein rechtskräftiges Dokument, da sie gesetzlich anerkannt ist. Rechtskräftige Dokumente sind die stärkste und formellste Art, Ihre Wünsche festzuhalten.

Was ist der Unterschied zwischen einer Common Law-Richtlinie und einer Patientenverfügung?

Common Law-Richtlinien sind schriftliche oder mündliche Mitteilungen, die die Wünsche einer Person in Bezug auf die zukünftige Gesundheits- und persönliche Pflegeversorgung zum Ausdruck bringen, die unter bestimmten zukünftigen Umständen bereitgestellt oder vorenthalten werden soll. Es gibt keine formellen Anforderungen in Bezug auf Common Law-Richtlinien. Es kann erhebliche Schwierigkeiten machen festzustellen, dass eine bestimmte Common Law-Richtlinie rechtsgültig ist und befolgt werden kann. Aus diesem Grund werden sie für Behandlungsentscheidungen nicht empfohlen.

Eine Patientenverfügung ist eine rechtliche Aufzeichnung Ihrer Entscheidungen über eine Behandlung oder über Behandlungen, die Sie erhalten oder nicht erhalten möchten, wenn Sie in Zukunft erkranken oder sich verletzen. Sie kann nur von einer Person über 18 Jahren vorgenommen werden, die in der Lage ist, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen und zu kommunizieren. Die Patientenverfügung ist ein rechtskräftiges Dokument, da sie gesetzlich anerkannt ist. Rechtskräftige Dokumente sind die stärkste und formellste Art, Ihre Wünsche festzuhalten.

Bezeugungen, Unterschriften und teilen

Kann ich gegen meinen Willen gezwungen werden, eine Patientenverfügung zu unterschreiben?

Nein. Alle Behandlungsentscheidungen in einer Patientenverfügung müssen freiwillig getroffen werden. Eine Behandlungsentscheidung, die unter Veranlassung oder Nötigung gegen Ihren Willen erzwungen/getroffen wurde, ist nicht gültig.

Wenn ein Familienangehöriger oder eine medizinische Fachkraft den Verdacht hat, dass eine Patientenverfügung nicht freiwillig gemacht wurde oder durch Veranlassung oder Nötigung beeinflusst wurde, sollte beim Landesverwaltungsgericht nach dem Vormundschafts- und Verwaltungsgesetz [*Guardianship and Administration Act 1990*] ein Antrag auf Feststellung der Ungültigkeit bzw. Gültigkeit gestellt werden.

Kann ich meinen Arzt bitten, meine Patientenverfügung zu bezeugen?

Ja. Sie können Ihren Arzt bitten, Ihre Patientenverfügung zu bezeugen. Ihr Arzt muss in Anwesenheit eines weiteren Zeugen (der ebenfalls über 18 Jahre alt sein muss) als Zeuge unterschreiben.

Kann ich ein Familienmitglied bitten, meine Patientenverfügung zu bezeugen?

Ja. Es wird jedoch empfohlen, anstelle von Familienmitgliedern unabhängige Zeugen auszuwählen.

Kann ich meinen Übersetzer bitten, meine Patientenverfügung zu bezeugen?

Nein. Wenn Sie bei der Erstellung Ihrer Patientenverfügung die Dienste eines Übersetzers in Anspruch genommen haben, kann Ihr Übersetzer Ihre Unterschrift auf der Patientenverfügung nicht bezeugen.

Muss ich anderen Personen mitteilen, dass ich eine Patientenverfügung erstellt habe?

Es wird dringend empfohlen, dass Sie Ihren Angehörigen und Personen, die an Ihrer Betreuung beteiligt sind, mitteilen, dass Sie eine Patientenverfügung erstellt haben, und ihnen eine Kopie zukommen lassen. Teilen Sie ihnen mit, wo Sie Ihre Patientenverfügung aufbewahren, damit sie bei Bedarf später leicht darauf zugreifen können.

Ergänzungen, Änderungen, Einfügungen und Widerruf (Annullierung)

Kann ich meiner Patientenverfügung zusätzliche Seiten hinzufügen?

Ja. Sie können Ihrer Patientenverfügung weitere Informationen hinzufügen, solange Sie dies tun, bevor sie unterzeichnet und bezeugt wird. Wenn die Patientenverfügung einmal bezeugt und unterzeichnet ist, können Sie keine weiteren Seiten hinzufügen.

Wie füge ich meiner Patientenverfügung Seiten hinzu?

Um Seiten zu Ihrer Patientenverfügung hinzuzufügen, stellen Sie sicher, dass Sie:

- ein Format verwenden, das mit dem entsprechenden Abschnitt der Patientenverfügung übereinstimmt, zu der Sie Seiten hinzufügen
 - Sie können die zusätzlichen [Seiten für Teil 4.2 – Andere Behandlungsentscheidungen](#) verwenden, die in diesem Leitfaden enthalten sind, wenn Sie Seiten zu Teil 4.2 hinzufügen
 - verwenden Sie die mit diesem Leitfaden bereitgestellte [Übersetzererklärung](#) und fügen Sie sie Teil 5.1 bei, wenn Sie eine Übersetzererklärung hinzufügen
 - verwenden Sie die mit diesem Leitfaden bereitgestellte [Zeichenklausel](#) und fügen Sie sie Teil 6 bei, wenn Sie eine Zeichenklausel hinzufügen,
- die zusätzlichen Seiten physisch an den entsprechenden Abschnitt der Patientenverfügung anhängen (z. B. mit Heftklammern).
- unten auf den zusätzlichen Seiten unterschreiben und datieren, wenn Sie die Patientenverfügung (Teil 6) in Gegenwart Ihrer Zeugen unterzeichnen.

Stellen Sie sicher, dass Ihre Zeugen:

- unten auf allen zusätzlichen Seiten unterschreiben, die der Patientenverfügung beigefügt sind, und zwar zum gleichen Zeitpunkt, an dem sie Teil 6 unterschreiben.



Kann ich die Entscheidungen in meiner Patientenverfügung ergänzen und/oder ändern, nachdem sie unterzeichnet und beglaubigt wurde?

Nein. Sie können die Entscheidungen in Ihrer Patientenverfügung nicht ergänzen und/oder ändern, nachdem sie unterzeichnet und beglaubigt wurde.

Wenn Sie Ihre Patientenverfügung ändern müssen, sollten Sie Ihre aktuelle Patientenverfügung widerrufen (oder annullieren) und eine neue erstellen.

Was passiert, wenn ich meine Adresse oder Kontaktdaten ändere, nachdem meine Patientenverfügung unterschrieben und beglaubigt wurde?

Ihre Patientenverfügung bleibt gültig, wenn sich Ihre Adresse und/oder Kontaktdaten ändern. Sie müssen Ihre Patientenverfügung nicht widerrufen (annullieren), wenn sich nur Ihre personenbezogenen Daten ändern. Sie können den Personen, die über eine Kopie Ihrer Patientenverfügung verfügen, einfach Ihre aktualisierten personenbezogenen Daten mitteilen.

Wie kann ich meine Patientenverfügung widerrufen (bzw. annullieren)?

Um eine Patientenverfügung zu widerrufen, müssen Sie voll geschäftsfähig sein. Das Gesetz sieht Garantien vor, um sicherzustellen, dass Patientenverfügungen nicht erstellt, geändert oder widerrufen werden können, wenn eine Person nicht geschäftsfähig ist.

Es gibt eine Erklärung in der Patientenverfügung, mit der Sie angeben können, dass Sie eine frühere Version widerrufen.

Das westaustralische Gesundheitsministerium empfiehlt, dass Sie allen (Personen und Organisationen) schreiben, um ihnen mitzuteilen, dass Sie Ihre Patientenverfügung widerrufen (annulliert) haben. Dazu können Ihr Hausarzt, andere Angehörige der Gesundheitsberufe, Gesundheitsdienstleister, Familienmitglieder und/oder Freunde gehören, die derzeit im Besitz einer Kopie Ihrer Patientenverfügung sind.

Jeder, der eine alte Kopie Ihrer Patientenverfügung besitzt, sollte diese an Sie zurücksenden, und Sie sollten die alten Kopien vernichten.

Kann eine Patientenverfügung die Erlaubnis zur Organ- und Gewebespende enthalten?

Nein. Mit einer Patientenverfügung kann Ihr Interesse an einer Organ- und Gewebespende nicht förmlich bekundet werden. Organ- und Gewebespenden sollten offiziell unter donatelife.gov.au registriert werden. Es ist auch wichtig, mit Ihren Angehörigen über Ihre Entscheidung zur Organ- und Gewebespende zu sprechen, da die Angehörigen im Todesfall um ihre Zustimmung gebeten werden.

Kann ich in meiner Patientenverfügung der freiwilligen Sterbehilfe zustimmen?

Nein. Freiwillige Sterbehilfe (engl. Voluntary assisted dying, VAD) (health.wa.gov.au/voluntaryassisteddying) ist eine legale Option für Westaustralier, die die erforderlichen Zulassungskriterien erfüllen. Es ist nicht möglich, freiwillige Sterbehilfe in eine Patientenverfügung aufzunehmen, aber wenn Sie dies als Option in Betracht ziehen, können Sie mit Ihrem Gesundheitsdienstleister sprechen oder sich an den WA VAD Statewide Care Navigator Service wenden. Die sog. Care Navigators, die den Dienst besetzen, sind qualifizierte Gesundheitsfachkräfte mit einem umfangreichen Wissen über freiwillige Sterbehilfe als Option am Lebensende. Sie verfügen über umfangreiche Erfahrung in der Unterstützung von Patienten, Familien und medizinischen Fachleuten.

Ist die Patientenverfügung in einer anderen Sprache als Englisch verfügbar?

Nein. Die Patientenverfügung ist nur auf Englisch verfügbar und Ihre Antworten **müssen** auf Englisch verfasst werden, um gültig zu sein. Dieser Leitfaden und andere Informationen zum Advance Care Planning sind in mehreren Sprachen verfügbar. Weitere Informationen finden Sie unter healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives.

Kann ich auf einen Übersetzer zugreifen, der mir bei meiner Patientenverfügung hilft?

Ja, Sie können bei der Erstellung der Patientenverfügung die Dienste eines Übersetzers in Anspruch nehmen. Es wird empfohlen, dass Ihr Übersetzer für das Übersetzen qualifiziert und/oder zugelassen ist. Siehe [Teil 5.1 in Abschnitt 2: Schritt für Schritt Anleitung](#). Der Abschnitt [Wo Sie weitere Informationen finden](#) in diesem Leitfaden enthält Einzelheiten dazu, wo Sie Übersetzungsdienste finden können.

Kann ich verlangen, dass mein Arzt einen Dolmetscher hinzuzieht, damit wir meine Patientenverfügung besprechen können?

Ja. Wenn Sie Ihre Patientenverfügung mit Ihrem Arzt (oder einer anderen medizinischen Fachkraft, die an Ihrer Behandlung beteiligt ist) besprechen möchten, können Sie die Inanspruchnahme eines Dolmetscherdienstes beantragen. Der Dolmetscher kann mit Ihnen im Raum sein oder Ihr Gespräch per Telefon übersetzen.

Was sollten mein Übersetzer und ich tun, um die Patientenverfügung auszufüllen?

Sie und Ihr Übersetzer sollten die diesem Leitfaden beiliegende [Übersetzererklärung](#) ausfüllen und Teil 5.1 Ihrer ausgefüllten Patientenverfügung beifügen.

Wie erstelle ich eine Patientenverfügung, wenn ich sehbehindert bin oder nicht lesen und/oder schreiben kann?

Wenn Sie nicht in der Lage sind, zu lesen und/oder zu schreiben und/oder mit Ihrem Namen zu unterschreiben, hindert Sie das nicht daran, eine Patientenverfügung zu erstellen. Sie können jemanden bitten, Ihnen die Patientenverfügung (und diesen Leitfaden) vorzulesen, und Sie können um Hilfe beim Ausfüllen der Patientenverfügung bitten.

Wenn Sie Ihre ausgefüllte Patientenverfügung nicht unterzeichnen können, können Sie eine andere Person bitten, sie in Ihrem Namen zu unterzeichnen. Die Person, die in Ihrem Namen unterzeichnet, muss die zweite Option auf der Unterzeichnungsseite in Teil 6 ausfüllen.

Wenn Sie die Patientenverfügung selbst „unterschreiben“ möchten, indem Sie ein anderes Zeichen als eine Unterschrift vornehmen, müssen Sie die in diesem Leitfaden enthaltene [Zeichenklausel](#) ausfüllen und sie Teil 6 Ihrer Patientenverfügung beifügen. Wenn Sie eine Zeichenklausel verwenden, gelten trotzdem die selben Zeugenanforderungen.

Bei Aufnahme einer Zeichenklausel empfiehlt es sich, rechtlichen Rat von einem Rechtsanwalt oder kommunalen Rechtsdienst einzuholen. Der Abschnitt [Wo Sie weitere Informationen finden](#) in diesem Leitfaden enthält Einzelheiten dazu, wo Sie Rechtsberatung erhalten.

Lebenserhaltende Behandlungen

Was ist eine lebenserhaltende Behandlung?

Eine lebenserhaltende Behandlung ist eine Gesundheitsversorgung, die darauf abzielt, eine Person am Leben zu erhalten, und/oder dass diese Person am Leben bleibt, wenn sie vom Sterben bedroht ist. Beispiele für lebenserhaltende Behandlungen sind:

- HLW (Herz-Lungen-Wiederbelebung) (z. B. Behandlung, um Ihr Herz am Pumpen zu halten, wenn es aufgehört hat zu schlagen)
- assistierte Beatmung (z. B. eine Maschine, die beim Atmen durch eine Gesichtsmaske oder einen Beatmungsschlauch hilft)
- künstliche Flüssigkeitszufuhr (z. B. Flüssigkeitszufuhr über einen Schlauch in eine Vene, in Gewebe oder den Magen)
- künstliche Ernährung (z. B. eine Ernährungssonde durch die Nase oder den Magen)
- Erhalt von Blutprodukten (z. B. eine Bluttransfusion)
- Antibiotika (z. B. Medikamente, die zur Bekämpfung von Infektionen verabreicht werden, die oral, durch Injektion oder durch einen Tropfschlauch verabreicht werden).

Dauerhafte Vormundschaftsvollmacht

Was ist eine Dauerhafte Vollmundschaftsvollmacht?

Eine Dauerhafte Vormundschaftsvollmacht (engl. Enduring Power of Guardianship, EPG) ist ein rechtsgültiges Dokument, das eine Person Ihrer Wahl ermächtigt, in Ihrem Namen wichtige persönliche, lebensstil- und behandlungsbezogene Entscheidungen zu treffen, falls Sie einmal nicht mehr in der Lage sein sollten, selbst Entscheidungen zu treffen oder mitzuteilen.

Diese Person(en) wird/werden als dauerhafter Vormund/dauerhafte Vormunde bezeichnet. Sie können einen dauerhaften Vormund ermächtigen, Entscheidungen über Ihren Wohnort, die Unterstützungsdienste, zu denen Sie Zugang haben, und die Behandlung, die Sie erhalten, zu treffen. Sie können einen dauerhaften Vormund nicht ermächtigen, Entscheidungen über Ihr Eigentum oder Ihre finanziellen Angelegenheiten zu treffen. Sie können mehr als einen dauerhaften Vormund haben, aber sie müssen gemeinsam handeln, was bedeutet, dass sie sich über alle Entscheidungen einig sein müssen, die sie im Namen der Person treffen.

Weitere Informationen über Dauerhafte Vormundschaftsvollmachten und dauerhafte Vormunde finden Sie auf der Website des Office of the Public Advocate [Amt des Öffentlichen Fürsprechers] unter justice.wa.gov.au/epg.

Wenn ich eine Patientenverfügung erstelle, muss ich dann auch eine Dauerhafte Vormundschaftsvollmacht erteilen?

Nein. Sie sind nicht verpflichtet, eine Dauerhafte Vormundschaftsvollmacht zu erteilen, nur weil Sie eine Patientenverfügung erstellt haben.

Durch die Ernennung eines dauerhaften Vormunds erhöhen Sie jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass Entscheidungen, die in Ihrem Namen getroffen werden, Ihre Werte, Überzeugungen und Präferenzen widerspiegeln, wenn Sie nicht mehr in der Lage sind, diese Entscheidungen selbst zu treffen oder mitzuteilen.



Beglaubigte Kopien und Aufbewahrung

Wie erstelle ich eine beglaubigte Kopie meiner Patientenverfügung?

Eine beglaubigte Kopie ist eine Fotokopie eines Dokuments, die von einem bevollmächtigten Zeugen als direkte Kopie des Originaldokuments beglaubigt wurde. Es gibt keine Gesetzgebung in WA, die festlegt, wie eine Kopie eines Dokuments zu beglaubigen ist und/oder wer dies tun darf.

Es ist jedoch üblich, dass Dokumente von einer Person beglaubigt werden, die als Zeuge für eidesstattliche Erklärungen gemäß Anhang 2 des Gesetzes über Eide, Affidavits und eidesstattliche Erklärungen von 2005 [*Oaths, Affidavits and Statutory Declarations Act 2005*] befugt ist. Weitere Informationen zur Beglaubigung von Kopien Ihrer Patientenverfügung finden Sie auf der Website des Office of the Public Advocate unter publicadvocate.wa.gov.au oder im Informationsblatt des Justizministeriums – Certifying Copies of Documents [Kopien von Dokumenten beglaubigen] – justice.wa.gov.au.

Was mache ich mit meiner ausgefüllten Patientenverfügung?

Ihre Patientenverfügung im Original sollten Sie an einem sicheren Ort aufbewahren.

Eine Kopie Ihrer Patientenverfügung können Sie online unter My Health Record hinterlegen. Um Ihre Patientenverfügung in My Health Record hochzuladen, gehen Sie zu digitalhealth.gov.au.

Es wird empfohlen, dass Sie Ihren Angehörigen und Personen, die an Ihrer Versorgung beteiligt sind, mitteilen, dass Sie eine Patientenverfügung erstellt haben. Sie können eine Kopie Ihrer ausgefüllten Patientenverfügung mit so vielen Personen teilen, die Ihnen nahe stehen, wie Sie möchten. Dazu können gehören:

- Ihre Familie, Freunde und Betreuer
- dauerhafte(r) Vormund(e)
- Hausarzt/örtlicher Arzt
- andere Fachärzte und/oder andere Angehörige der Gesundheitsberufe
- stationäres Altenpflegeheim
- örtliches Krankenhaus
- Juristen.

Sie können auch Folgendes verwenden, um anderen mitzuteilen, dass Sie eine Patientenverfügung haben:

- Führen Sie eine Patientenverfügungs-Alertkarte (AHD-alert card) in Ihrer Handtasche oder Brieftasche mit sich – Sie können eine Alertkarte bestellen, indem Sie sich unter 9222 2300 an die Department of Health Advance Care Planning-Infoline wenden oder eine E-Mail an acp@health.wa.gov.au schicken.
- Tragen Sie ein MedicAlert-Armband (medicalert.org.au).



Erstellen Sie eine Liste der Personen, die eine Kopie Ihrer Patientenverfügung und anderer Advance Care Planning-Dokumente besitzen. Dies ist eine gute Erinnerungshilfe, an wen Sie sich wenden müssen, wenn Sie sich entscheiden, Ihr(e) Dokument(e) in Zukunft zu widerrufen (annullieren).

Checkliste zum Erstellen einer Patientenverfügung

Die fett gedruckten Maßnahmen sind erforderlich, um sicherzustellen, dass Ihre Patientenverfügung gültig ist.

- Lesen Sie die Patientenverfügung und verwenden Sie diesen Leitfaden zur Patientenverfügung, um sich vorzubereiten und zu verstehen, was Sie beim Ausfüllen Ihrer Patientenverfügung beachten müssen.
- Denken Sie darüber nach, was Ihnen in Bezug auf Ihre Werte, Gesundheit und Gesundheitsversorgung am wichtigsten ist und was am wichtigsten ist, wenn Sie in Zukunft ernsthaft krank werden oder sich verletzen.
- Sprechen Sie mit nahen Verwandten und Freunden darüber, was Ihnen wichtig ist und welche Werte und Präferenzen Sie für die Gesundheitsversorgung, einschließlich der Versorgung am Lebensende, haben.
- Bitten Sie Ihren Arzt, Ihnen die in der Patientenverfügung aufgeführten lebenserhaltenden Behandlungsmöglichkeiten zu erklären.
- Überlegen Sie, ob Sie (einen) dauerhafte/n Vormund/e ernennen möchten, der/die die Verantwortung für Entscheidungen in Bezug auf Ihre Gesundheit und Ihren Lebensstil übernimmt/übernehmen. Wenn Ja, überlegen Sie, wen Sie ernennen möchten, und sprechen Sie mit dieser Person über Ihre Wünsche.
- Überlegen Sie, wie sich die Erstellung einer Patientenverfügung auf andere von Ihnen ausgefüllte Advance Care Planning-Dokumente auswirken kann.
- Füllen Sie die Angaben in Ihrer Patientenverfügung handschriftlich aus oder tippen Sie sie in das elektronische PDF-Formular ein.
- Teil 1 abschließen – Meine persönlichen Daten.**
- Treffen Sie mindestens eine Behandlungsentscheidung in Teil 4 – Behandlungsentscheidungen meiner Patientenverfügung.**
- Wenn Sie die Dienste eines Übersetzers in Anspruch genommen haben, um Ihre Patientenverfügung zu erstellen, füllen Sie Teil 5.1 aus, füllen Sie die diesem Leitfaden beiliegende Übersetzererklärung aus und fügen Sie sie Teil 5.1 Ihrer Patientenverfügung bei.
- Füllen Sie Teil 6 aus, indem Sie Ihre Patientenverfügung in Anwesenheit von 2 Zeugen im Alter von 18 Jahren oder älter unterzeichnen, darunter eine Person, die befugt ist, eidesstattliche Erklärungen in WA zu bezeugen.**
- Wenn Sie zur Unterzeichnung der Patientenverfügung ein anderes Zeichen als eine Unterschrift verwendet haben, füllen Sie die in diesem Leitfaden enthaltene Zeichenklausel aus und fügen Sie sie Teil 6 Ihrer Patientenverfügung bei.**
- Fertigen Sie beglaubigte Kopien an und laden Sie eine Kopie bei [My Health Record \(myhealthrecord.gov.au\)](https://myhealthrecord.gov.au) hoch, um sicherzustellen, dass Ihre Patientenverfügung Ihren behandelnden medizinischen Fachkräften bei Bedarf zur Verfügung steht.
- Bewahren Sie die Patientenverfügung im Original gut auf.
- Geben Sie beglaubigte Kopien Ihrer Patientenverfügung an enge Familienangehörige und Freunde sowie Personen, die an Ihrer Pflege beteiligt sind.
- Planen Sie eine Zeit (in 2 bis 5 Jahren) ein, um Ihre Patientenverfügung zu überprüfen, oder tun Sie dies sofort, wenn sich Ihre Gesundheitssituation ändert.

Wo Sie weitere Informationen finden

Dieser Abschnitt enthält eine Liste von Organisationen, die Ihnen helfen können, eine Patientenverfügung zu verstehen und zu erstellen.

Patientenverfügungen

Westaustralisches Gesundheitsministerium – Advance Care Planning-Infoline

Allgemeine Anfragen und Bestellung kostenloser Materialien zum Advance Care Planning (z. B. Patientenverfügungen)

Telefon: 9222 2300

Email: acp@health.wa.gov.au

Website: healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning

Palliative Care-Hotline

Information und Unterstützung zu Fragen rund um Advance Care Planning, Palliativpflege, Trauer und Verlust

Telefon: 1800 573 299 (täglich 9 bis 17 Uhr)

Website: palliativecarewa.asn.au

Palliative Care WA

Allgemeine Anfragen, Ressourcen und Informationen zu kostenlosen Community-Workshops zum Advance Care Planning

Telefon: 1300 551 704 (Montag bis Donnerstag)

Website: palliativecarewa.asn.au

Advance Care Planning Australia Kostenloser Support-Service

Allgemeine Anfragen von Angehörigen der Gesundheitsberufe und deren Klienten und Unterstützung beim Ausfüllen von Advance Care Planning-Dokumenten

Telefon: 1300 208 582 (Montag bis Freitag 9:00 bis 17:00 Uhr AEST)

Website: advancecareplanning.org.au

Dauerhafte Vormundschaftsvollmacht

Office of the Public Advocate [Amt des Öffentlichen Fürsprechers]

Informationen über die dauerhafte Vormundschaftsvollmacht, dauerhafte Vormunde und die Beurteilung der Geschäftsfähigkeit

Telefon: 1300 858 455

Email: opa@justice.wa.gov.au

Website: publicadvocate.wa.gov.au

Medizinische Beratung

Lassen Sie sich von Ihrem Hausarzt, Facharzt oder Arzt vor Ort beraten.

healthdirect Australia

Vertraulicher Telefondienst für Gesundheitsberatung

Kann Sie an einen örtlichen Hausarzt verweisen oder Sie können mit einer ausgebildeten Krankenpflegekraft sprechen

Telefon: 1800 022 222 (Zu jeder Zeit, an jedem Tag des Jahres verfügbar)

Website: healthdirect.gov.au

Rechtsberatung

Lassen Sie sich von Ihrem Anwalt beraten

Law Society of Western Australia [Westaustralische Anwaltskammer]

Telefon: 9324 8600

Finden Sie den Abschnitt für Anfragen zu Anwaltsempfehlungen: lawsocietywa.asn.au/find-a-lawyer

Citizens Advice Bureau [Bürgerberatungsstelle]

Telefon: 9221 5711

Website: cabwa.com.au

Community Legal Centres [Kommunale Rechtszentren]

Telefon: 9221 9322

Website: communitylegalwa.org.au

Legal Aid WA [Prozesskostenhilfe]

Telefon: 1300 650 579

Website: legalaid.wa.gov.au

Anträge zur Anwendung der Richtlinien über die Dauerhafte Vormundschaftsvollmacht und die Patientenverfügung

State Administrative Tribunal (SAT) [Landesverwaltungsgericht]

Telefon: 1300 306 017

Website: sat.justice.wa.gov.au

Wenn Sie einen Übersetzer oder Dolmetscher benötigen

Wenn Sie Schwierigkeiten haben, diesen Leitfaden zu verstehen und ihn in eine andere Sprache übersetzen lassen möchten, haben das Western Australian Institute of Translators and Interpreters (WAITI) und die National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI) Online-Verzeichnisse, in denen qualifizierte und zertifizierte Übersetzer und Dolmetscher aufgeführt sind, die Ihnen helfen können. Sie können sich auch an Aboriginal Interpreting WA wenden.

Aboriginal Interpreting WA

Telefon: 0439 943 612

Website: aiwaac.org.au

Wenn Sie gehörlos sind oder eine Hör- oder Sprachbehinderung haben

Verwenden Sie den National Relay Service, um eine der Agenturen in diesem Abschnitt anzurufen. Weitere Informationen finden Sie unter: communications.gov.au/accesshub



Geläufige Begriffe

Dieser Abschnitt enthält Definitionen für geläufige Begriffe, die in einer Patientenverfügung verwendet werden.

Advance care planning

Ein freiwilliger Planungsprozess für die zukünftige Gesundheits- und persönliche Pflegeversorgung, bei dem die Werte, Überzeugungen und Präferenzen der Person bekannt gemacht werden, um die Entscheidungsfindung zu einem zukünftigen Zeitpunkt zu leiten, wenn diese Person ihre Entscheidungen nicht treffen oder kommunizieren kann.

Advance Care Planning-Dokumente

Ein Sammelbegriff für Dokumente (einschließlich rechtskräftig und nicht rechtskräftig), die sich aus dem Advance Care Planning ergeben. In WA umfasst dies Patientenverfügungen, das Werte- und Präferenzformular: Planung meiner zukünftigen Pflege, Dauerhafte Vormundschaftsvollmacht, und den Advance Care Plan für Menschen mit unzureichender Entscheidungsfähigkeit.

Advance Care Plan

Dokumente, in denen die Überzeugungen, Werte und Präferenzen einer Person in Bezug auf zukünftige Pflegeentscheidungen festgehalten werden, die jedoch aufgrund mangelnder Kompetenz der Person, unzureichender Geschäftsfähigkeit oder fehlender Formalitäten (wie z. B. unzureichende Personenidentifikation, Unterschrift und Datum) die Voraussetzungen für eine gesetzliche Anerkennung oder eine Anerkennung unter Common Law nicht erfüllen. Ein Advance Care Plan kann mündlich oder schriftlich erstellt werden, wobei die schriftliche Form bevorzugt wird.

Patientenverfügung

Ein freiwilliges Rechtsdokument, das ‚person-led‘ ist, d. h. die individuelle Person wird unterstützt, ihre eigene Pflege zu leiten. Es wird von einem voll geschäftsfähigen Erwachsenen ausgefüllt und konzentriert sich auf die Werte und Präferenzen einer Person für zukünftige Pflegeentscheidungen, einschließlich ihrer

bevorzugten Ergebnisse und Pflegeversorgung.

Es wird/werden darin die Behandlung(en) festgelegt, für die unter bestimmten Umständen eine Einwilligung erteilt oder verweigert wird. Die Patientenverfügung tritt nur in Kraft, wenn die Person nicht mehr in der Lage ist, ihre Wünsche mitzuteilen.

Geschäftsfähigkeit

Eine Person ist geschäftsfähig, wenn sie:

- alle Informationen oder Ratschläge versteht, die ihr gegeben werden, um ihr zu helfen, Entscheidungen in ihrer Patientenverfügung zu treffen
- die wahrscheinliche(n) Auswirkung(en) der Entscheidungen, die sie in ihrer Patientenverfügung trifft, auf ihre zukünftige Behandlung und Versorgung versteht
- mögliche Vor- und Nachteile ihrer Entscheidungen über ihre weitere Behandlung und Versorgung abwägen kann
- in der Lage ist, ihre Entscheidungen über ihre zukünftige Behandlung und Gesundheitsversorgung auf irgendeine Weise mitzuteilen.

Beglaubigte Kopie

Eine Fotokopie einer ordnungsgemäß bezeugten Patientenverfügung, die von einem bevollmächtigten Zeugen als direkte Kopie des Originaldokuments beglaubigt wurde.

Lebensende

Der Zeitraum, in dem eine Person mit einer lebensbeschränkenden oder potenziell tödlichen Erkrankung lebt. Menschen gelten als kurz vor dem Lebensende, wenn es wahrscheinlich ist, dass sie in den nächsten 12 Monaten sterben werden.

Dauerhafte Bevollmächtigung

Ein Dokument, in dem eine Person jemanden (Bevollmächtigte/r genannt) ernennt, um ihre finanziellen Angelegenheiten zu verwalten.

Dauerhafte Vormundschaftsvollmacht (EPG)

Eine dauerhafte Vormundschaftsvollmacht ist ein Rechtsdokument, in dem eine Person einen dauerhaften Vormund ernennt, der in ihrem Namen persönliche, Lebensstil- und Behandlungsentscheidungen trifft, falls sie in Zukunft nicht in der Lage ist, vernünftige Urteile über diese Angelegenheiten zu fällen.

Dauerhafter Vormund

Eine Person, die unter einer dauerhaften Vormundschaftsvollmacht ernannt wurde, um im Namen des Ernenners persönliche, lebensstil- und behandlungsbezogene sowie medizinische Forschungsentscheidungen zu treffen.

Gesundheitsversorgung

Die Gesundheitsversorgung kann medizinische Behandlung, lebenserhaltende Behandlung, Operation, psychische Behandlung, Medikamente, Zahnbehandlung, Mutterschaftspflege, Notfallversorgung, Krankenpflege, Podologie, Physiotherapie, Optometrie, psychologische Therapie, Gesundheitsversorgung der Aboriginals, Ergotherapie und andere Dienstleistungen umfassen, die von registrierten medizinischen Fachkräften erbracht werden, wie z. B. traditionelle chinesische Medizin.

Medizinische Fachkraft

Jede registrierte Fachkraft, die eine Disziplin oder einen Beruf im Gesundheitsbereich ausübt, der die Anwendung eines Lehrkörpers beinhaltet, einschließlich einer Person, die einem Beruf angehört, der gesetzlich ausdrücklich definiert ist.

LGBTQIA+

Personen, die sich selbst als lesbisch, schwul, bisexuell, transgender, intersexuell, queer/fragend, asexuell und/oder mit anderen unterschiedlichen sexuellen Orientierungen und Geschlechtsidentitäten bezeichnen.

Lebenserhaltende Maßnahmen oder Behandlung

Medizinische, chirurgische oder pflegerische Eingriffe, die eine lebenswichtige Körperfunktion ersetzen, die nicht selbstständig ausgeführt kann. Dazu gehören die assistierte Beatmung und Herz-Lungen-Wiederbelebung.

Medizinische Forschung

Forschung, die mit oder über Personen oder deren Daten oder Gewebe im Bereich Medizin oder Gesundheit durchgeführt wird und eine Aktivität umfasst, die für die Zwecke dieser Forschung durchgeführt wird.

Palliativpflege

Eine Gesundheitsversorgung, die sich auf die Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit einer lebensbedrohlichen Krankheit oder einem lebensbedrohlichen Zustand konzentriert, einschließlich ihrer Familien und Pflegepersonen.

Palliativpflege erkennt die Person und die Bedeutung und Einzigartigkeit ihrer Familie/Pflegeperson an. Dabei werden physische, soziale, finanzielle, emotionale und spirituelle Belastungen berücksichtigt, die alle die Erfahrung der Person und ihre Behandlungsergebnisse beeinflussen können.

Public Advocate [Öffentlicher Fürsprecher]

Ein gesetzlicher Beauftragter, der nach dem Vormundschafts- und Verwaltungsgesetz von 1990 [*Guardianship and Administration Act 1990*] ernannt wurde, um die Rechte von Erwachsenen mit einer Entscheidungsbehinderung zu schützen und zu fördern.

State Administrative Tribunal (SAT) [Landesverwaltungsgericht]

Die Justizbehörde, die gemäß dem Vormundschafts- und Verwaltungsgesetz von 1990 [*Guardianship and Administration Act 1990*] Angelegenheiten über die Anwendung der Richtlinien über die Dauerhafte Vormundschaftsvollmacht und die Patientenverfügung anhört.

Behandlungsentscheidung

Eine Entscheidung, dem Beginn oder der Fortsetzung einer Behandlung zuzustimmen oder die Zustimmung zu verweigern.

Dringende Behandlung

Behandlung, die von einem Patienten dringend benötigt wird, um das Leben einer Person zu retten, um eine ernsthafte Schädigung der Gesundheit der Person zu verhindern, oder um zu verhindern, dass die Person erhebliche Schmerzen oder Leiden erleidet oder weiterhin erleidet.

Nachfolgend finden Sie medizinische Begriffe, die in der Patientenverfügung verwendet werden.

Antibiotika

Eine Art von Arzneimittel zur Behandlung von Infektionen.

Künstliche Hydratation

Flüssigkeiten werden über einen Schlauch in eine Vene, ein Gewebe oder den Magen verabreicht.

Künstliche Ernährung

Nahrung wird über eine Ernährungssonde durch die Nase oder den Magen verabreicht.

Blutprodukte

Blut enthält rote Blutkörperchen, weiße Blutkörperchen, Blutplättchen, Antikörper und lebenserhaltende Proteine, z. B. diejenigen, die uns helfen, Blutungen zu stoppen. Der Begriff „Blutprodukte“ umfasst alle Produkte, die aus einem Blutbestandteil gewonnen werden.

Bluttransfusion

Blut oder Blutprodukte, die über einen Schlauch in das Blutgefäß eines Patienten verabreicht werden.

Herz-Lungen-Wiederbelebung (CPR)

Notfallmaßnahmen, um das Pumpen des Herzens aufrechtzuerhalten (durch Thoraxkompression und/oder Verwendung eines Defibrillators) und assistierte Beatmung, wenn das Herz und/oder die Atmung aufgehört haben.

Chemotherapie

Arzneimittel zur Behandlung von Krebs. Bei der Chemotherapie werden Medikamente eingesetzt, um Krebszellen im Körper abzutöten oder ihre Ausbreitung zu stoppen.

Dialyse

Ein Verfahren, das normalerweise bei Patienten mit Nierenversagen durchgeführt wird, um Abfallprodukte aus dem Blut zu entfernen und Flüssigkeits- und Elektrolytungleichgewichte zu korrigieren.

Krankheit

Eine Erkrankung oder ein Gebrechen mit spezifischen, genau definierten Symptomen.

Intensivpflege

Ein Zweig der Medizin, der sich mit der lebenserhaltenden oder organerhaltenden Versorgung schwerkranker Menschen befasst, die einer intensiven Überwachung bedürfen. Auch bekannt als Intensivmedizin.

Intubation und Beatmung

Medizinische Verfahren, die angewendet werden, wenn eine Person nicht in der Lage ist, selbst zu atmen. Intubation ist die Passage eines Schlauchs (normalerweise durch den Mund einer Person) in ihre Lunge. Beatmung ist der Vorgang, bei dem Luft durch den Schlauch geleitet wird.

Intravenös

Ein Wort, das „in eine Vene“ bedeutet. Intravenöse Flüssigkeiten sind beispielsweise Flüssigkeiten, die durch eine Injektion oder einen Tropf in die Venen einer Person verabreicht werden.

Lebensbegrenzende Krankheit/Zustand

Eine Krankheit, ein Zustand oder eine Verletzung, die wahrscheinlich zum Tod führt, aber nicht auf das Endstadium beschränkt ist, wenn der Tod unmittelbar bevorsteht.

Medikament zur Schmerzlinderung

Jedes Arzneimittel, das zur Schmerzlinderung verabreicht wird. Schmerzmittel können auf verschiedene Weise verabreicht werden, einschließlich durch den Mund, Injektion oder durch ein Pflaster, das auf die Haut aufgebracht wird.

Patient

Jede Person, die eine Behandlung benötigt.

Lähmung

Der Verlust der Fähigkeit, bestimmte Muskeln im Körper zu benutzen oder zu kontrollieren. Lähmungen werden oft durch Nervenschäden verursacht.

Sepsis

Ein lebensbedrohlicher Zustand, der auftritt, wenn der Körper als Reaktion auf eine Infektion seine eigenen Gewebe und Organe schädigt. Sepsis kann zu septischem Schock, Organversagen und sogar zum Tod führen, wenn die Sepsis nicht frühzeitig diagnostiziert und behandelt wird.

Schlaganfall

Ein plötzlicher Verlust der Gehirnfunktion, verursacht durch den Verschluss oder Riss eines Blutgefäßes zum Gehirn, gekennzeichnet durch Verlust der Muskelkontrolle, Beeinträchtigung oder Verlust der Empfindung oder des Bewusstseins, Schwindel, undeutliche Sprache oder andere Symptome, die je nach Ausmaß und Schweregrad der Schädigung des Gehirns variieren.

Beispiel einer ausgefüllten Patientenverfügung

Auf den folgenden Seiten finden Sie ein Beispiel einer ausgefüllten Patientenverfügung. Sie können sich darauf beziehen, um Ihre eigene Patientenverfügung vorzubereiten und auszufüllen.

Denken Sie daran, dass das Ausfüllen Ihrer Patientenverfügung einige Zeit in Anspruch nimmt. Sie müssen sie nicht in einem Zug abschließen. Sie können sie in Teilen abschließen.

Mit dieser Anleitung gelieferte Beilagen

Ein Vordruck für eine Patientenverfügung liegt diesem Leitfaden als Beilage bei.

Zusätzliche Seiten werden auch zur Verfügung gestellt, wenn:

- Sie zusätzlichen Platz benötigen, um Teil 4.2 – Sonstige Behandlungsentscheidungen auszufüllen
- Sie die Dienste eines Übersetzers in Anspruch genommen haben, um Ihre Patientenverfügung zu erstellen
- Sie ein anderes Zeichen als eine Unterschrift verwenden, um Ihre Patientenverfügung zu unterschreiben.

Diese Dokumente sind auch unter healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives verfügbar.



Advance Health Directive

This form is for people who want to make an Advance Health Directive in Western Australia.

To make an Advance Health Directive, you **must be 18 years or older and have full legal capacity.** Your Advance Health Directive is about your future treatment. It will only come into effect if you are unable to make reasonable judgements or decisions at a time when you require treatment.



Part 4 marked with this symbol, contains your treatment decisions. If you choose not to make any treatment decisions in Part 4, then the document is not considered a valid Advance Health Directive under the *Guardianship and Administration Act 1990*.

Please tick the box below to indicate that by making this Advance Health Directive you revoke all prior Advance Health Directives completed by you.

In making this Advance Health Directive, I revoke all prior Advance Health Directives made by me.

This form includes instructions to help you complete your Advance Health Directive. For more information on how to complete the form and to see examples, please read the *A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia*.

Before you make your Advance Health Directive, you are encouraged to seek medical and/or legal advice, and to discuss your decisions with family and close friends. It is important that people close to you know that you have made an Advance Health Directive and where to find it. Once you complete your Advance Health Directive, it is recommended that you:

- store the original in a safe and accessible place
- tell your close family and friends that you have made an Advance Health Directive and where to find it
- upload a copy of your Advance Health Directive to My Health Record – this will ensure that your Advance Health Directive is available to your treating doctors if it is needed
- give a copy of your Advance Health Directive to health professionals regularly involved in your healthcare (for example, your General Practitioner (GP), a hospital you attend regularly, and/or other health professionals involved in your care).

If English is not your first language, you may choose to engage a translator. Western Australian Institute of Translators and Interpreters (WAITI) and National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI) have online directories which list qualified and credentialed translators able to assist you.

Advance Health Directive

Part 1: My personal details

You must complete this section

You **must** complete this section.

You **must** include the date, your full name, date of birth and address.

This Advance Health Directive is made under the **Guardianship and Administration Act 1990 Part 9B** on the:

of:	15th	(day)
	October	(month)
	2021	(year)
by:	Marie Catherine Richards	(name)

Full name	Marie Catherine Richards		
Date of birth	3rd October 1951		
Address	5 Richmond Street		
	Canning Vale	WA	6155
	Suburb	State	Postcode
Phone number	9000 0000		
Email	marierichards@gmail.com.au		

Part 2: My health

2.1 My major health conditions

Use Part 2.1 to list details about your major health conditions (physical and/or mental).

Cross out Part 2.1 if you do not want to complete it.

Please list any major health conditions below:

I was diagnosed with bowel cancer 7 years ago. I had surgery and chemotherapy.

I am in remission but have been told there is a chance the cancer may come back.

I also have high blood pressure and cholesterol. I am on medication for the blood pressure.

2.2 When talking with me about my health, these things are important to me

Use Part 2.2 to provide information about what is important to you when talking about your treatment.

This might include:

- How much do you like to know about your health conditions?
- What do you need to help you make decisions about treatment?
- Would you like to have certain family members with you when receiving information from your health professionals?

Cross out Part 2.2. if you do not want to complete it.

Please describe what is important to you when talking to health professionals about your treatment:

I like to know as much as I can about all my health conditions.

It takes me a long time to understand what my GP and health professionals tell me in appointments. I like to take my son with me to appointments – he knows how best to explain everything to me.

Part 3: My values and preferences

This part encourages you to think about your values and preferences relating to your health and care now and into the future. This may help you to decide what future treatment decisions you want to make in Part 4: My Advance Health Directive Treatment Decisions.

In this part, you are not making decisions about your future treatment. Use Part 4 to make decisions about your future treatments.

Cross out any parts that you do not want to complete.

3.1 These things are important to me

Use Part 3.1 to provide information about what 'living well' means to you now and into the future.

This might include:

- What are the most important things in your life?
- What does 'living well' mean to you?

Cross out Part 3.1 if you do not want to complete it.

Please describe what 'living well' means to you now and into the future. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Please describe:

My family and friends are the most important thing in my life. I also like to go to my local lawn bowls at the community centre where I have a regular group of friends that I bowl with every week. I would like to keep visiting them and bowling for as long as I can.

- Spending time with family and friends
- Living independently
- Being able to visit my home town, country of origin, or spending time on country
- Being able to care for myself (e.g. showering, going to the toilet, feeding myself)
- Keeping active (e.g. playing sport, walking, swimming, gardening)
- Enjoying recreational activities, hobbies and interests (e.g. music, travel, volunteering)
- Practising religious, cultural, spiritual and/or community activities (e.g. prayer, attending religious services)
- Living according to my cultural and religious values (e.g. eating halal, kosher foods only)
- Working in a paid or unpaid job

Part 3: My values and preferences

3.2 These are things that worry me when I think about my future health

Use Part 3.2 to provide information about things that worry you about your future health.

This might include:

- Being in constant pain.
- Not being able to make your own decisions.
- Not being able to care for yourself.

Cross out Part 3.2 if you do not want to complete it.

Please describe any worries you have about the outcomes of future illness or injury:

I have occasional aches and pains that come with being 70 years old but I really worry about constant pain. I don't think I could cope if I was always in pain.

I also worry about my family and friends not being able to understand me and about not being able to communicate as I have always done.

3.3 When I am nearing death, this is where I would like to be

Use Part 3.3 to indicate where you would like to be when you are nearing death.

When you are nearing death, do you have a preference of where you would like to spend your last days or weeks?

Cross out Part 3.3. if you do not want to complete it.

Please indicate where you would like to be when you are nearing death. Tick the option that applies you. You can provide more detail about the option you choose in the space below.

- I want to be at home – where I am living at the time
- I do not want to be at home – provide more details below
- I do not have a preference – I would like to be wherever I can receive the best care for my needs at the time
- Other – please specify:

Please provide more detail about your choice:

I would really like to stay at home for as long as possible. If my family find it too hard to look after me at home, then I understand it will be best if I move into a nursing home. I trust them to choose a home that is right for me.

Part 3: My values and preferences

3.4 When I am nearing death, these things are important to me

Use Part 3.4 to provide information about what is important to you when you are nearing death.

This might include:

- What would comfort you when you are dying?
- Who would you like around you?

Cross out Part 3.4 if you do not want to complete it.

Please describe what is important to you and what would comfort you when you are nearing death. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Please describe: *I grew up on a farm in the country so I would really like to visit the countryside and be near open spaces as I am nearing death.*

- I do not want to be in pain, I want my symptoms managed, and I want to be as comfortable as possible. (Please provide details of what being comfortable means to you)

- I want to have my loved ones and/or pets around me (Please provide details of who you would like with you)

I would like my sister, my children, grandchildren and my dog, Abbey, to be with me.

- It is important to me that cultural or religious traditions are followed (Please provide details of any specific traditions that are important for you)

- I want to have access to pastoral/spiritual care (Please provide details of what is important for you)

- My surroundings are important to me (e.g. quiet, music, photographs) (Please provide details of what is important for you.)

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions

This part of your Advance Health Directive contains treatment decisions in respect of your future treatment. A **treatment** is any medical or surgical treatment including palliative care and life-sustaining measures (such as assisted ventilation and cardiopulmonary resuscitation), dental treatment, or other healthcare.

A **treatment decision** in an Advance Health Directive is a decision to consent or refuse consent to the commencement or continuation of any treatment and includes a decision to consent or refuse consent to the commencement or continuation of the person's participation in medical research. This decision applies at any time you are unable to make reasonable judgements in respect of that treatment.

Treatment to which you consent in this Advance Health Directive can be provided to you. Treatment to which you refuse consent to in this Advance Health Directive cannot be provided to you. Your enduring guardian or guardian or another person cannot consent or refuse consent on your behalf to any treatment to which this Advance Health Directive applies.

It is recommended that you discuss your treatment decisions with your doctor before completing this part.

Cross out any parts if you do not want to complete them.

Note: You MUST make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.1 Life-sustaining treatment decisions

Use Part 4.1 to indicate your instructions for future life-sustaining treatments.

You can give an overall instruction or list individual treatments that you consent or refuse consent to receiving in future. You can also list circumstances in which you consent or refuse consent to a particular treatment.

Life-sustaining treatments are treatments used to keep you alive or to delay your death.

Read all options before making a decision. The options are over 2 pages.

Cross out Part 4.1 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

If I do not have the capacity to make or communicate treatment decisions about my healthcare in the future, I make the following decisions about life-sustaining treatment:

Tick only one of the following options. If you choose Option 4, complete the table overleaf.

Option 1 **I consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life.**

Or

Option 2 **I consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life unless it is apparent that I am so unwell from injury or illness that there is no reasonable prospect that I will recover to the extent that I can survive without continuous life-sustaining treatments. In such a situation, I withdraw consent to life-sustaining treatments.**

Or

Option 3 **I refuse consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life.**

Or

Option 4 **I make the following decisions about specific life-sustaining treatments as listed in the table below. (Tick a box in each row of the table).**

Or

Option 5 **I cannot decide at this time.**

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.1 Life-sustaining treatment decisions *continued*

**Please complete this table if you have ticked Option 4 above.
If you have ticked Option 1, 2, 3 or 5, do not complete this table.**

This table lists some common life-sustaining treatments. Use the boxes to indicate which treatments you consent to or refuse consent to receiving. You can also list circumstances in which you consent to treatment. There is also space for you to add any life-sustaining treatments not listed here.

Tick one box per row in the table below.

If you choose Option B for any treatments, please specify the circumstances in which you consent to the treatment.

Life-sustaining treatment	A. I consent to this treatment in all circumstances	B. I consent to this treatment in the following circumstances	C. I refuse consent to this treatment in all circumstances	D. I cannot decide at this time
CPR Cardiopulmonary resuscitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Assisted ventilation A machine that helps you breathe using a face mask or tube	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment? <i>Only if this treatment was temporary and if I could then return home, even with oxygen. I do not want to be permanently on a breathing machine in hospital or in a nursing home.</i>			
Artificial hydration Fluids given via a tube into a vein, tissues or the stomach	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Artificial nutrition A feeding tube through the nose or stomach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.1 Life-sustaining treatment decisions *continued*

Life-sustaining treatment	A. I consent to this treatment in all circumstances	B. I consent to this treatment in the following circumstances	C. I refuse consent to this treatment in all circumstances	D. I cannot decide at this time
Receiving blood products such as a blood transfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Antibiotics Drugs given to help fight infection, given by mouth, injection or by drip tube	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Use the boxes below to list any other life-sustaining treatments you do/do not consent to receive:				
Other life-sustaining treatment (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
State the treatment: _____ _____ _____	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Other life-sustaining treatment (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
State the treatment: _____ _____ _____	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.2 Other treatment decisions

Use Part 4.2 to indicate your decisions for other (non-life-sustaining) treatments.

There are a range of other treatments that may be options for you in future.

Examples include treatments for mental health (e.g. electroconvulsive therapy) and drugs used to prevent certain health conditions (e.g. aspirin, cholesterol treatments).

When making the treatment decision, list the circumstances in which you want your decision to apply (e.g. in all circumstances, or specify particular circumstances).

A treatment decision only applies in the circumstances you specify.

Please ensure you indicate in the 'My treatment decisions' column whether you consent or refuse consent to any treatment you refer to.

If you need more space, use the blank My Advance Health Directive treatment decisions form provided as an insert with the Advance Health Directive form.

Cross out Part 4.2 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Health circumstances	My treatment decisions
<i>I have very high cholesterol</i>	<p><i>Do not give me cholesterol absorption inhibitors.</i></p> <p><i>I cannot tolerate the side effects.</i></p>

I have made more treatment decisions using the template and attached _____ (specify number of pages) additional pages.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research

Use Part 4.3 to provide treatment decisions about the types of medical research you consent or refuse consent to take part in, and any circumstances in which these decisions apply.

Taking part in medical research may be an option for you even if you are unable to make or communicate decisions.

A treatment decision may include deciding whether to start or continue to take part in medical research. Your involvement in medical research, and any treatments you receive as part of the medical research, must be consistent with what you have agreed in your Advance Health Directive. The decisions you make in your Advance Health Directive about participating in medical research only operate while you are alive.

If you do not make a decision about participation in medical research, Part 9E of the *Guardianship and Administration Act 1990* will operate as to how decisions will be made about participation in medical research.

Cross out Part 4.3 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Please tick a box showing whether you consent to taking part in the listed medical research activities and the circumstances in which you would consent. You may tick more than one circumstance for each research activity.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions 

4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
The administration of pharmaceuticals or placebos (inactive drug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
The use of equipment or a device	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Providing health care that has not yet gained the support of a substantial number of practitioners in that field of health care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Providing health care to carry out a comparative assessment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
Taking blood samples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taking samples of tissue or fluid from the body, including the mouth, throat, nasal cavity, eyes or ears	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Any non-intrusive examination of the mouth, throat, nasal cavity, eyes or ears	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A non-intrusive examination of height, weight or vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Being observed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Undertaking a survey, interview or focus group	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
Collecting, using or disclosing information, including personal information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considering or evaluating samples or information taken under an activity listed above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Any other medical research not listed above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Part 5: People who helped me complete this form

5.1 Did you use the services of a translator when completing this form?

Use Part 5.1 to show whether you engaged a translator in completing this form.

If English is not your first language, you can engage a translator when completing this form.

If you engaged a translator when making this Advance Health Directive, you and your translator should complete the translator statement provided in the *A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia* and attach it to your Advance Health Directive.

Cross out Part 5.1 if you do not want to complete it.

Tick the option that applies to you:

Option 1	<input checked="" type="checkbox"/>	English is my first language – I did not need to engage a translator.
Option 2	<input type="checkbox"/>	English is not my first language – I engaged a translator when making this Advance Health Directive and I have attached a translator statement.
Option 3	<input type="checkbox"/>	English is not my first language – I did not engage a translator when making this Advance Health Directive.

Part 5: People who helped me complete this form

5.2 Have you made an Enduring Power of Guardianship (EPG)?

Use Part 5.2 to indicate whether you have made an Enduring Power of Guardianship (EPG) and provide details if relevant.

An Enduring Power of Guardianship (EPG) allows you to name and legally appoint one or more people to make decisions about your lifestyle and healthcare if you lose capacity.

A person you appoint to make decisions on your behalf is called an enduring guardian.

An enduring guardian cannot override decisions made in your Advance Health Directive.

Cross out Part 5.2 if you do not want to complete it.

Tick the option that applies to you:

Option 1	<input type="checkbox"/> I have not made an Enduring Power of Guardianship.
Option 2	<input checked="" type="checkbox"/> I have made an Enduring Power of Guardianship.

My EPG was made on:

10th	(day)
of: March	(month)
2015	(year)

My EPG is kept in the following place (be as specific as possible):

<i>The top drawer of my office drawers with my birth certificate.</i>

I appointed the following person/s as my enduring guardian:

Name: <i>Anna Falkner</i>	Phone: <i>9222 0000</i>
---------------------------	-------------------------

Joint Enduring Guardian (if appointed):

Name: <input type="text"/>	Phone: <input type="text"/>
----------------------------	-----------------------------

Substitute enduring guardian/s (if any):

Name: <input type="text"/>	Phone: <input type="text"/>
----------------------------	-----------------------------

Other substitute enduring guardian (if more than one):

Name: <input type="text"/>	Phone: <input type="text"/>
----------------------------	-----------------------------

Part 5: People who helped me complete this form

5.3 Did you seek medical and/or legal advice about making this Advance Health Directive?

Use Part 5.3 to indicate whether you obtained medical and/or legal advice before making this Advance Health Directive and provide details if relevant.

You are encouraged (but not required) to seek medical and/or legal advice to make an Advance Health Directive.

Cross out Part 5.3 if you do not want to complete it.

Medical advice

Option 1	<input type="checkbox"/>	I did not obtain medical advice about the making of this Advance Health Directive.
Option 2	<input checked="" type="checkbox"/>	I did obtain medical advice about the making of this Advance Health Directive.

I obtained medical advice from:

Name:	Dr Alan Ng
Phone:	9000 0000
Practice:	Shepperton Road Family Practice

Legal advice

Option 1	<input checked="" type="checkbox"/>	I did not obtain legal advice about the making of this Advance Health Directive.
Option 2	<input type="checkbox"/>	I did obtain legal advice about the making of this Advance Health Directive.

I obtained legal advice from:

Name:	
Phone:	
Practice:	

Part 6: Signature and witnessing

You must complete this section

- You **must** sign this Advance Health Directive in the presence of 2 witnesses. If you are physically incapable of signing this Advance Health Directive, you can ask another person to sign for you. You must be present when the person signs for you.
- 2 witnesses must be present when you sign this Advance Health Directive or when another person signs for you.
- Each of the witnesses must be 18 years of age or older and cannot be you or the person signing for you (if applicable).
- At least one of the witnesses must be authorised by law to take statutory declarations.
- The witnesses must also sign this Advance Health Directive. Both witnesses must be present when each of them signs. You and the person signing for you (if applicable) must also be present when the witnesses sign.

You must sign this form in the presence of 2 witnesses. Both witnesses must be present when you sign this form. The witnesses must sign in each other's presence.

Signed by: (signature of person making this Advance Health Directive)



Date: (dd/mm/year)

Or

Signed by: (name of person who the maker of Advance Health Directive has directed to sign)

Date: (dd/mm/year)

In the presence of, and at the direction of: (insert name of maker of Advance Health Directive)

Date: (dd/mm/year)

Witnessed by a person authorised by law to take statutory declarations:

Authorised witness's signature:	
Authorised witness's full name:	Georgina Tulloch
Address:	16 Wallock Street, West Leederville, WA 6007
Occupation of authorised witness:	Teacher
Date: (dd/mm/year)	04/08/2022

And witnessed by another person:

Witness's signature:	
Witness's full name:	Robert Williams
Address:	45 Fort Avenue, Wembley, WA 6014
Date: (dd/mm/year)	04/08/2022

Dieses Dokument kann auf Anfrage für eine Person mit Behinderung in alternativen Formaten zur Verfügung gestellt werden (kontaktieren Sie 9222 2300 oder acp@health.wa.gov.au).

© Department of Health 2022

Das Urheberrecht an diesem Material liegt, sofern nicht anders angegeben, beim Bundesstaat Westaustralien. Abgesehen von der ehrlichen Handlungsweise zum Zwecke des privaten Studiums, der Forschung, Kritik oder Überprüfung, wie dies gemäß den Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes von 1968 [*Copyright Act 1968*] zulässig ist, darf kein Teil für irgendwelche Zwecke ohne schriftliche Genehmigung des Bundesstaats Westaustralien vervielfältigt oder wiederverwendet werden.