

## Schritt 1: Wählen Sie Ihre Gesundheitsbevollmächtigten aus.

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

### Wählen Sie einen Familienangehörigen oder Freund aus, der:

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

### Ihr Gesundheitsbevollmächtigter kann:

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

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

### Nennen Sie Ihren Gesundheitsbevollmächtigten.

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

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

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

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

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

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

#### **ODER**

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

Diese Vorsorgeverfügung gehört: (bitte geben Sie Ihren Namen in Druckschrift auf dieser Zeile an)		Geburtsdatum
<small>Diese Vorsorgeverfügung und Ernennung eines Gesundheitsbevollmächtigten entspricht den geltenden Abschnitten des Texas Advance Directive Act (Gesetz über Vorsorgeverfügungen)(Texas Kodex für Gesundheit und Sicherheit Titel 2, Kapitel 166).</small>		

## Schritt 2: Treffen Sie Ihre Entscheidungen bezüglich Ihrer Gesundheitsfürsorge.

Was macht Ihr Leben lebenswert?

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

A) Immer lebenswert, egal wie krank ich bin

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

Ich kann mit meiner Familie und mit meinen Freunden darüber sprechen

Ich kann aus einem Koma erwachen

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

Ich kann schmerzfrei leben

Ich kann leben, ohne an Maschinen angeschlossen zu sein

Ich bin mir nicht sicher

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

Zuhause zu sein

In einem Krankenhaus oder Pflegezentrum zu sein

Es ist mir egal, wo ich gepflegt werde

## Religiöse oder spirituelle Glaubensvorstellungen

**1) Ist die Religion oder Spiritualität Ihnen wichtig?**

Ja  Nein

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

---

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

---

---

---

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

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

### Lebenserhaltung

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

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

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



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



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

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



**Bluttransfusion** — Dadurch wird Blut in Ihre Venen eingeführt.

### Operation und/oder Medikamente

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

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

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

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

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

\_\_\_ Ich möchte, dass mein **Gesundheitsbevollmächtigter** to decide.

\_\_\_ Ich bin mir nicht sicher, was getan werden soll.

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

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

### Organspende

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

\_\_\_ Ich **möchte** ein Organspender sein:

\_\_\_ Ein Organ, das vielleicht nützlich sein könnte.

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

\_\_\_ Ich **möchte kein** Organspender sein.

\_\_\_ Ich möchte, dass mein **Gesundheitsbevollmächtigter** die Entscheidung trifft.

\_\_\_ Ich bin mir nicht sicher, was getan werden soll.

### Autopsie

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

\_\_\_ Ich **möchte** eine Autopsie.

\_\_\_ Ich möchte **KEINE** Autopsie.

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

\_\_\_ Ich möchte, dass mein **Gesundheitsbevollmächtigter** die Entscheidung trifft.

\_\_\_ Ich bin mir nicht sicher, was getan werden soll.

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



## Schritt 3: Fassen Sie die Autorität Ihrer Gesundheitsfachkraft zusammen.

Ihr Gesundheitsbevollmächtigter kann dabei helfen, die folgenden Entscheidungen über diese Sachen zu treffen:  
**Lebenserhaltende Behandlungen - medizinische Versorgung, mit der Sie länger leben können:**

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

### Sterbebegleitung

Falls Sie bald sterben werden, kann Ihr Gesundheitsbevollmächtigter:

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

### Wie soll Ihr Gesundheitsbevollmächtigter Ihren medizinischen Wünschen nachkommen?

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

- \_\_\_ **Totale Flexibilität:** Es ist in Ordnung, dass mein Gesundheitsbevollmächtigter **jede beliebige** meiner medizinischen Entscheidungen ändern darf, wenn er/sie nach einem Gespräch mit meinen Ärzten glaubt, dass dies zu diesem Zeitpunkt das Richtige für mich wäre.
- \_\_\_ **Etwas Flexibilität:** Es ist in Ordnung, dass mein Gesundheitsbevollmächtigter **einige** meiner medizinischen Entscheidungen ändern darf, wenn er/sie nach einem Gespräch mit meinen Ärzten glaubt, dass dies zu diesem Zeitpunkt das Richtige für mich wäre.
- \_\_\_ **Minimale Flexibilität:** Ich möchte, dass mein Gesundheitsbevollmächtigter meinen medizinischen Wünschen so gut wie möglich nachkommt. Bitte respektieren Sie meine Entscheidungen, selbst wenn die Ärzte etwas anderes empfehlen.

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

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

---

---

---

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

---

---

---

Diese Vorsorgeverfügung gehört: (bitte geben Sie Ihren Namen in Druckschrift auf dieser Zeile an)		Geburtsdatum
Diese Vorsorgeverfügung und Ernennung eines Gesundheitsbevollmächtigten entspricht den geltenden Abschnitten des Texas Advance Directive Act (Gesetz über Vorsorgeverfügungen)(Texas Kodex für Gesundheit und Sicherheit Titel 2, Kapitel 166).		

## Schritt 4: Unterschreiben Sie das Formular.

Ihre Unterschrift:

### Bevor dieses Formular verwendet werden kann, müssen:

- Sie mindestens 18 Jahre alt sein, um dieses Formular unterschreiben zu können
- Lassen Sie das Formular von zwei Zeugen unterschreiben **oder** lassen Sie es notariell beglaubigen
- Unterschreiben Sie das Formular in der Anwesenheit Ihrer Zeugen oder lassen Sie es von einem Notar beglaubigen, dass Sie das Formular unterschrieben haben

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

Unterschrift

Datum

Name des Patienten in Druckschrift

Dauerhafte Anschrift:

Stadt

Bundesstaat

Postleitzahl

## Zeugen

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

Ihre Zeugen müssen:

- Mindestens 18 Jahre alt sein
- Sie kennen
- Dabei sein, wenn Sie das Formular unterschreiben

**Mindestens ein** Zeuge darf nicht:

- Der von Ihnen ernannte Gesundheitsbevollmächtigte sein
- Ihr Arzt oder ein sonstiger Gesundheitsdienstleister sein
- Für Ihre Klinik oder Ihren Gesundheitsdienstleister arbeiten
- Dort arbeiten, wo Sie leben
- In keiner Weise mit Ihnen verwandt sein
- Nach Ihrem Tod nicht finanziell profitieren - Geld oder ein Grundstück erhalten

**Wenn Sie keine zwei Zeugen haben, kann ein Notar auf Seite 9 unterschreiben.**

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

## Schritt 4: Unterschreiben Sie das Formular (Fortsetzung).

### Unterschrift der Zeugen

#### Lassen Ihre Zeugen diese Seite ausfüllen.

Durch meine Unterschrift verspreche ich, dass \_\_\_\_\_ ich  
seine/ihre Unterschrift dieses Formulars anerkenne. Name des/der Eigentümer/in der Vorsorgeverfügung

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

#### Ich verspreche ebenfalls, dass:

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

#### Zeuge Nr. 1 (nachstehende Unterschrift) muss ebenfalls versprechen, dass:

- Ich nicht sein/ihr Gesundheitsbevollmächtigter bin
- Ich nicht sein/ihr Gesundheitsdienstleister bin
- Ich nicht für seinen/ihren Gesundheitsdienstleister arbeite
- Ich nicht dort arbeite, wo er/sie lebt
- Ich in keiner Weise mit ihm/ihr verwandt bin
- Nach seinem/Ihrem Tod nicht finanziell profitieren - Geld oder ein Grundstück erhalten - werde

### Zeuge Nr.1

Unterschrift

Datum

Name in Druckschrift

Dauerhafte Anschrift:

Stadt

Bundesstaat

Postleitzahl

### Zeuge Nr. 2

Unterschrift

Datum

Name in Druckschrift

Dauerhafte Anschrift:

Stadt

Bundesstaat

Postleitzahl

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



— **NUR ZUM AMTLICHEN GEBRAUCH** —

## Schritt 4: Unterschreiben Sie das Formular - ggf. mit Unterschrift des Notars.

Nehmen Sie dieses Formular zum Termin beim Notar **NUR DANN** mit, wenn zwei Zeugen nicht unterschrieben haben. Der Notar wird danach fragen, ob Sie einen Lichtbildausweis, wie z. B. einen Führerschein oder Reisepass dabei haben.

### State of Texas

County of \_\_\_\_\_

The foregoing instrument was acknowledged before me this \_\_\_\_\_  
Date

by \_\_\_\_\_  
Name of person who acknowledged

\_\_\_\_\_  
(Signature of Notary Public)

Title: \_\_\_\_\_

My appointment expires: \_\_\_\_\_

(Notary Seal)

Diese Vorsorgeverfügung gehört: (bitte geben Sie Ihren Namen in Druckschrift auf dieser Zeile an)      Geburtsdatum	
<small>Diese Vorsorgeverfügung und Ernennung eines Gesundheitsbevollmächtigten entspricht den geltenden Abschnitten des Texas Advance Directive Act (Gesetz über Vorsorgeverfügungen)(Texas Kodex für Gesundheit und Sicherheit Titel 2, Kapitel 166).</small>	
<b>SEITE 9</b>	

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

Sobald Sie Ihre Vorsorgeverfügung unterschrieben haben und sie bezeugt und/oder notariell beglaubigt wurde, bewahren Sie das Original auf und machen Sie Kopien der Seiten 1-9 und schicken Sie sie an:

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

---

### Möglichkeiten zur Rücksendung Ihrer ausgefüllten Vorsorgeverfügung:

1. Schicken Sie eine **KOPIE** an Ihren bevorzugten Providence St. Joseph-Arzt oder -Krankenhaus bei Ihrem nächsten Besuch.
2. Schicken Sie die Kopie per Fax an Ihr Providence St. Joseph Health-Krankenhaus: Wenden Sie sich für nicht aufgeführte Krankenhäuser bitte an Ihr Krankenhaus, um nach der richtigen Fax-Nummer zu fragen.

---

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

**Providence.org/InstituteForHumanCaring**  
**310-543-3498**

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

Überarbeitet 8/2017

Besonderer Dank gilt:

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