



Vorausverfügung

Name

Datum

Inhaltsverzeichnis

TEIL 1	
Wie bin ich, wenn es mir gut geht?.....	1
TEIL 2	
Symptome.....	1
TEIL 3	
Meine UnterstützerInnen.....	2
TEIL 4	
Soziale Angelegenheiten.....	5
TEIL 5	
Medikamente.....	6
TEIL 6	
Andere Behandlungen und Strategien.....	8
TEIL 7	
Wo ich im Fall einer Krise sein möchte.....	9
TEIL 8	
Wie man mir helfen soll.....	11
TEIL 9	
Besondere Bedürfnisse.....	12
TEIL 10	
Ab wann diese Vorausverfügung nicht mehr verwendet werden soll.....	14
TEIL 11	
Wenn ich in Gefahr bin.....	15
TEIL 12	
Über dieses Dokument.....	16

1 Wie bin ich, wenn es mir gut geht?

2 Symptome, die zeigen, dass ich in einer Krise bin...

... und andere Menschen brauche, die Verantwortung für meine Betreuung übernehmen, für meine Sicherheit sorgen und für mich Entscheidungen treffen.

Mit folgenden Personen möchte ich in einer Krise keinen Kontakt haben

Name

Warum ich keinen Kontakt wünsche
(muss nicht ausgefüllt werden)

4 Soziale Angelegenheiten

Soziale Angelegenheiten, die meine UnterstützerInnen für mich in einer Krise erledigen sollen (z.B. zu den Haustieren schauen, Geldangelegenheiten regeln, andere informieren, dass es mir nicht gut geht)

Name

Worum sich diese Person kümmern soll,
wenn ich in einer Krise bin

5 Medikamente

Mein/e PsychiaterIn

Name	Telefonnummer

Mein/e BehandlungskordinatorIn

Name	Telefonnummer

Mein Hausarzt/meine Hausärztin

Name	Telefonnummer

Aktuelle Medikamente (Liste)

In einer Krise waren bisher folgende Medikamente oder Zusatzpräparate hilfreich

Name des Medikaments	Warum ich dieses Medikament wünsche

Nicht geholfen haben

Name des Medikaments	Warum ich dieses Medikament lieber nicht nehmen würde

Ich lehne die Einnahme folgender Medikamente ab

Name des Medikaments	Warum ich dieses Medikament nicht nehmen will

Bekannte Allergien auf Medikamente (auflisten)

6 Andere Behandlungen und Strategien

Andere Behandlungen, die ich zur Zeit bekomme (auflisten)
(z.B. Gesprächstherapie, Selbsthilfegruppen usw.)

Andere Behandlungen und Hilfe, die ich in einer Krise möchte

Art der Behandlung/Hilfe

Wieso ich dies wünsche

Andere Behandlungen und Hilfe, die ich ablehne

Art der Behandlung/Hilfe

Wieso ich dies nicht wünsche

7 Wo ich im Fall einer Krise sein möchte

Erste Wahl (z.B. zu Hause bleiben mit Besuchen der Aufsuchenden Hilfe, bei meiner Mutter sein, Klinikeinweisung)

Wo

Warum mir dies am liebsten wäre

Zweite Wahl (wenn die erste unmöglich ist)

Wo

Warum mir dies am liebsten wäre

Dritte Wahl (wenn die erste und zweite Wahl unmöglich sind)

Wo

Warum mir dies am liebsten wäre

Im Fall einer Klinikeinweisung ziehe ich ... vor

(die Abteilung/Klinik oder Art von Abteilung deiner Wahl angeben, z.B. eine geschlechtergetrennte Abteilung)

Abteilung/Klinik

Warum ich dorthin gehen möchte

Im Fall einer Klinikeinweisung möchte ich NICHT nach ... gehen

(die Abteilung/Klinik oder Art von Abteilung, die ich vermeiden möchte, z.B. eine gemischte Abteilung)

Abteilung/Klinik

Warum ich NICHT dorthin gehen möchte

8 Wie man mir helfen soll

Welche Unterstützung von anderen Menschen mir in einer Krise hilft (auflisten)

Was mir NICHT hilft (auflisten und dafür Gründe angeben)

9 Besondere Bedürfnisse

Probleme mit der körperlichen Gesundheit

Problem (z.B. Schwerhörigkeit, Diabetes usw.)

Was ich deswegen brauche (z.B. schriftliche Informationen, zuckerfreie Diät)

Religiöse/kulturelle Bedürfnisse

Essen/Diätvorschriften

Dinge, die ich im Fall einer Klinikeinweisung dabei haben möchte
(z.B. ein Foto meiner Kinder, mein Tagebuch, meine Brille)

Vielleicht gibt es noch bestimmte Sachen, die mich nerven und andere Dinge, die man über mich wissen sollte
(z.B. hasse ich es, wenn man mir »mein Lieber/meine Liebe« sagt, »ich bin ein Morgenmuffel«)

Andere besondere Bedürfnisse

10 Ab wann diese Voraus- setzung nicht mehr verwendet werden soll

Wie man merkt, dass ich wieder Verantwortung für mich selbst übernehmen kann und ab wann dieser Plan nicht mehr angewendet werden soll

11 Wenn ich in Gefahr bin

Wenn mein Verhalten mich selbst oder andere Menschen gefährdet, möchte ich, dass meine UnterstützerInnen Folgendes tun (beschreibe, was sie tun sollen)

12 Über dieses Dokument

Ich habe diese Verfügung am erstellt (Datum)

Mit der Unterstützung von

(liste auf, wer, wenn überhaupt jemand, dir dabei geholfen hat)

Jegliche Verfügung mit einem neueren Datum ersetzt diese.

Unterschrift (deine Unterschrift)

Datum

Bezeugt von

Name

Unterschrift

Datum

Dauernde Vertretungsvollmacht (wenn du eine hast)

Name

Telefonnummer

Notizen

Notizen

Notizen

A series of horizontal dotted lines for writing notes on page 18.

A series of horizontal dotted lines for writing notes on page 19.

Notizen

Impressum

Englische Originalausgabe: *Advance Directive* (2nd ed, 2007).

Autorinnen: Rachel Perkins, Miles Rinaldi, South West London and St George's Mental Health NHS Trust.

© 2007: South West London and St George's Mental Health NHS Trust, London UK

Herausgeber der deutschen Ausgabe: Christoph Abderhalden, Bern; Michael Schulz, Bielefeld;

Harald Stefan, Wien; Andréa Winter, Bern

Deutsche Übersetzung und Bearbeitung: Andréa Winter, Bern

Gestaltung: Katrin Ginggen, Typografie und Grafik, Basel

© für die deutsche Ausgabe: Universitäre Psychiatrische Dienste UPD Bern; Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel, Bielefeld; Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe, Wien

Verlag und Bezugsquelle: Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) Bern,

Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik, Bolligenstrasse 111, 3000 Bern 60, Schweiz

Printed in Switzerland

ISBN-13 978-3-033-02194-5