

FÜNF WÜNSCHE[®]

FIVE WISHES[®]

MEINE VERFÜGUNG FÜR:

1
Wer für mich medizinische Entscheidungen treffen soll, wenn ich dazu nicht mehr in der Lage bin

2
Welche medizinischen Behandlungen ich haben möchte und welche nicht

3
Wie ich betreut werden möchte

4
Wie mein Umfeld mit mir umgehen soll

5
Was ich meinen Lieben mitteilen möchte

Ihr Name in Druckbuchstaben print your name

Geburtsdatum

birthdate

German

Fünf Wünsche

Es gibt viele Dinge im Leben, die nicht in unseren Händen liegen. Diese Fünf Wünsche-Verfügung gibt Ihnen die Möglichkeit, etwas sehr Wichtiges im Vorfeld zu beeinflussen, nämlich wie Sie behandelt werden möchten, wenn Sie schwer krank werden. Das Dokument ist ganz einfach auszufüllen, und Sie können Ihre Wünsche genau festlegen. Sobald Sie das Dokument ausgefüllt und unterzeichnet haben, ist es in den meisten Bundesstaaten rechtsgültig.

Was ist Fünf Wünsche?

Fünf Wünsche ist die erste Patientenverfügung, in der Sie Ihre persönlichen, emotionalen und spirituellen Bedürfnisse sowie Ihre Behandlungswünsche mitteilen können. Sie können die Person bestimmen, die für Sie medizinische Entscheidungen treffen soll, wenn Sie selbst dazu nicht mehr in der Lage sind. Mit Fünf Wünsche können Sie genau festlegen, welche Behandlungen durchgeführt werden sollen, wenn

Sie schwer krank werden. An der Ausarbeitung der Vorlage haben die Commission on Law and Aging der American Bar Association sowie führende Experten im Bereich der Sterbebegleitung mitgewirkt. Der Vordruck ist ganz einfach zu verwenden. Sie brauchen lediglich ein Feld anzukreuzen, eine Verfügung zu umkreisen oder ein paar Sätze zu schreiben.

Wie Fünf Wünsche Ihnen und Ihrer Familie helfen kann

- Sie können mit Ihrer Familie, Ihren Freunden und Ihrem Arzt darüber sprechen, welche Behandlung Sie sich wünschen, falls Sie schwer krank werden sollten.
- Ihre Familienangehörigen wissen genau, was Sie wollen. Es schützt sie, wenn Sie schwer krank werden, weil sie keine schwerwiegenden Entscheidungen treffen müssen, ohne zu wissen, was Sie eigentlich möchten.
- Sie wissen, was Ihre Eltern, Ihr Ehepartner oder Ihre Freunde wollen. Sie können für sie da sein, wenn sie Sie am meisten brauchen. Sie kennen ihre Wünsche.

Wie alles anfing

12 Jahre lang arbeitete Jim Towey eng mit Mutter Teresa zusammen und lebte ein Jahr in einem von ihr geleiteten Hospiz in Washington, DC. Diese Erfahrung veranlasste ihn, nach Möglichkeiten zu suchen, wie Patienten und ihre Familien im Voraus festlegen können, was bei Eintritt einer schweren Erkrankung geschehen soll. Das Ergebnis war Fünf

Wünsche, und die Reaktion darauf war überwältigend. Über Fünf Wünsche wurde auf CNN und in der NBC Today Show sowie in den Zeitschriften *Time* und *Money* berichtet. Die Zeitungen bezeichneten Fünf Wünsche als erste „Patientenverfügung mit Herz und Seele“. Mittlerweile gibt es Fünf Wünsche in 23 Sprachen.

Für wen ist Fünf Wünsche gedacht?

Fünf Wünsche ist für jeden gedacht, der mindestens 18 Jahre alt ist, für Verheiratete, Ledige, Eltern, erwachsene Kinder und Freunde. Über 13 Millionen Amerikaner jeden Alters haben sich bereits dafür

entschieden. Weil das System so gut funktioniert, verteilen Anwälte, Ärzte, Krankenhäuser und Hospize, Glaubensgemeinschaften, Arbeitgeber und Seniorenheime dieses Dokument.

Bundesstaaten, in denen die Fünf Wünsche-Verfügung rechtsgültig ist

Wenn Sie im **District of Columbia** oder in einem der unten genannten **42 Bundesstaaten** leben, können Sie Fünf Wünsche verwenden und sich darauf verlassen, dass die Verfügung im Wesentlichen mit den gesetzlichen Vorschriften Ihres Bundesstaats übereinstimmt:

Alaska	Kalifornien	Nevada	Vermont
Arizona	Kentucky	New Jersey	Virginia
Arkansas	Louisiana	New Mexico	Washington
Colorado	Maine	New York	West Virginia
Connecticut	Maryland	North Carolina	Wisconsin
Delaware	Massachusetts	North Dakota	Wyoming
Florida	Michigan	Oklahoma	
Georgia	Minnesota	Pennsylvania	
Hawaii	Mississippi	Rhode Island	
Idaho	Missouri	South Carolina	
Illinois	Montana	South Dakota	
Iowa	Nebraska	Tennessee	

Wenn Ihr Bundesstaat nicht in der Liste der 42 Bundesstaaten aufgeführt ist, erfüllt Fünf Wünsche nicht die technischen Voraussetzungen nach den Gesetzen Ihres Bundesstaats. Es kann daher sein, dass Ärzte in Ihrem Bundesstaat nicht bereit sind, Fünf Wünsche anzuerkennen. Es gibt jedoch viele Menschen, die aus einem nicht auf der Liste stehenden Bundesstaat kommen und Fünf Wünsche zusätzlich zu dem gesetzlich anerkannten Vordruck ihres Bundesstaats ausfüllen. Für sie ist wichtig, dass sie mit Fünf Wünsche all das festlegen können, was sie Familienangehörigen, Freunden, Pflegekräften und Ärzten mitteilen möchten. Die meisten Ärzte und Pflegekräfte wissen, dass sie auf Ihre Wünsche eingehen müssen, egal in welcher Form Sie diese mitteilen.

Wie ändere ich die Fünf Wünsche-Verfügung?

Vielleicht haben Sie bereits eine Patienten- oder Betreuungsverfügung verfasst. Wenn Sie stattdessen die Fünf Wünsche-Verfügung verwenden möchten, brauchen Sie lediglich den Fünf Wünsche-Vordruck auszufüllen und zu unterschreiben. Sobald Sie den Vordruck unterzeichnet haben, verlieren alle früheren Verfügungen ihre Wirkung. Um sicherzustellen, dass das richtige Dokument verwendet wird, tun Sie bitte Folgendes:

- Vernichten Sie alle Kopien Ihrer alten Patienten- oder Betreuungsverfügung. Sie können aber auch das Wort „Revoked“ (Widerrufen) in Großbuchstaben quer über die Ihnen vorliegende Originalkopie schreiben. Setzen Sie Ihren Rechtsanwalt in Kenntnis, sofern dieser Ihnen beim Ausfüllen der alten Vordrucke geholfen hat. *UND*
- Teilen Sie Ihrem Vorsorgebevollmächtigten, Ihren Familienangehörigen und Ihrem Arzt mit, dass Sie eine neue Fünf Wünsche-Verfügung ausgefüllt haben. Stellen Sie sicher, dass sie über Ihre neuen Wünsche Bescheid wissen.

WUNSCH 1 — WISH 1

**Wer für mich medizinische Entscheidungen treffen soll,
wenn ich dazu nicht mehr in der Lage bin.**

The Person I Want To Make Health Care Decisions For Me When I Can't Make Them For Myself.

*F*ür den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, medizinische Entscheidungen selbst zu treffen, lege ich auf diesem Vordruck die Person fest, die diese Entscheidungen für mich treffen soll. Diese Person ist mein Vorsorgebevollmächtigter (diese Bezeichnung kann in einem anderen Bundesstaat anders lauten). Diese Person wird medizinische Entscheidungen für mich treffen, wenn die folgenden Fälle eintreten:

- Mein zuständiger oder behandelnder Arzt stellt fest, dass ich nicht mehr in der Lage bin, medizinische Entscheidungen selbst zu treffen, UND
- Ein weiterer medizinischer Fachmann bestätigt dies.

Wenn in meinem Bundesstaat auf andere Weise festgestellt wird, dass ich nicht mehr in der Lage bin, medizinische Entscheidungen zu treffen, muss das in meinem Bundesstaat übliche Verfahren angewendet werden.

Richtige Auswahl des Vorsorgebevollmächtigten Picking The Right Person To Be Your Health Care Agent

Wählen Sie jemanden aus, den Sie sehr gut kennen, dem Sie wichtig sind und der schwierige Entscheidungen treffen kann. Der Ehepartner oder ein Familienangehöriger ist nicht unbedingt die beste Wahl, weil die emotionale Bindung zu groß ist. Manchmal sind sie die beste Wahl. Das werden Sie selbst am besten wissen. Wählen Sie jemanden aus, der sich entschlossen dafür einsetzt, dass Ihre Wünsche respektiert werden. Denken Sie auch daran, dass die Person erreichbar sein sollte, damit sie im Notfall schnell zur Stelle ist. Egal, ob Sie sich für den Ehepartner, einen Familienangehörigen oder einen Freund entscheiden, sprechen Sie mit der betreffenden Person und stellen Sie sicher, dass sie bereit ist, Ihre Wünsche zu respektieren und umzusetzen. Ihr Vorsorgebevollmächtigter sollte **mindestens 18 Jahre alt sein** (in Colorado mindestens 21 Jahre) und **nicht**:

- Ihr medizinischer Leistungserbringer sein, auch nicht der Inhaber oder Betreiber der Gesundheits- oder Pflegeeinrichtung, in der Sie betreut werden, sein.
- Mitarbeiter oder Ehepartner eines Mitarbeiters Ihres medizinischen Leistungserbringers sein.
- Bevollmächtigter für 10 oder mehr Personen sein, sofern er/sie nicht Ihr Ehepartner oder ein enger Verwandter ist.

*I*f I am no longer able to make my own health care decisions, this form names the person I choose to make these choices for me. This person will be my Health Care Agent (or other term that may be used in my state, such as proxy, representative, or surrogate). This person will make my health care choices if both of these things happen:

- My attending or treating doctor finds I am no longer able to make health care choices, AND
- Another health care professional agrees that this is true.

If my state has a different way of finding that I am not able to make health care choices, then my state's way should be followed.

Choose someone who knows you very well, cares about you, and who can make difficult decisions. A spouse or family member may not be the best choice because they are too emotionally involved. Sometimes they **are** the best choice. You know best. Choose someone who is able to stand up for you so that your wishes are followed. Also, choose someone who is likely to be nearby so that they can help when you need them. Whether you choose a spouse, family member, or friend as your Health Care Agent, make sure you talk about these wishes and be sure that this person agrees to respect and follow your wishes. Your Health Care Agent should be **at least 18 years or older** (in Colorado, 21 years or older) and should **not** be:

- Your health care provider, including the owner or operator of a health or residential or community care facility serving you.
- An employee or spouse of an employee of your health care provider.
- Serving as an agent or proxy for 10 or more people unless he or she is your spouse or close relative.

Ich bestimme die folgende Person zu meinem Vorsorgebevollmächtigten: The Person I Choose As My Health Care Agent Is:

Name des 1. Bevollmächtigten *First Choice Name*

Telefon *Phone*

Straße *Address*

Ort/US-Bundesstaat/Zip-Code *City/State/Zip*

Ist diese Person nicht in der Lage oder bereit, diese Entscheidungen für mich zu treffen *ODER* ist diese Person von mir geschieden oder gesetzlich getrennt, *ODER* ist diese Person verstorben, bestimme ich die folgenden Personen als nachrückende Vorsorgebevollmächtigte:

If this person is not able or willing to make these choices for me, *OR* is divorced or legally separated from me, *OR* this person has died, then these people are my next choices:

Name des 2. Bevollmächtigten *Second Choice Name*

Name des 3. Bevollmächtigten *Third Choice Name*

Straße *Address*

Straße *Address*

Ort/US-Bundesstaat/Zip-Code *City/State/Zip*

Ort/US-Bundesstaat/Zip-Code *City/State/Zip*

Telefon *Phone*

Telefon *Phone*

Wenn ich etwas ändern möchte, was meinen Vorsorgebevollmächtigten betrifft, werde ich:

- Alle Kopien dieses Teils der Fünf Wünsche-Verfügung vernichten. *ODER*
- Meinem Arzt oder meiner Familie oder einer anderen Person mitteilen, dass ich die Bevollmächtigung meines Vorsorgebevollmächtigten widerrufen oder einen anderen Bevollmächtigten einsetzen möchte. *ODER*
- Das Wort „Revoked“ (Widerrufen) in Großbuchstaben über den Namen des Bevollmächtigten, dessen Bevollmächtigung ich widerrufen möchte, schreiben und meine Unterschrift auf die betreffende Seite setzen.

If I Change My Mind About Having A Health Care Agent, I Will

- Destroy all copies of this part of the Five Wishes form. *OR*
- Tell someone, such as my doctor or family, that I want to cancel or change my Health Care Agent. *OR*
- Write the word “Revoked” in large letters across the name of each agent whose authority I want to cancel. Sign my name on that page.

Ich weiß, dass mein Vorsorgebevollmächtigter medizinische Entscheidungen für mich treffen kann. Ich möchte, dass mein Bevollmächtigter (bitte alles nicht Gewünschte durchstreichen):

I understand that my Health Care Agent can make health care decisions for me. I want my Agent to be able to do the following: (Please cross out anything you don't want your Agent to do that is listed below.)

- Entscheidungen für meine medizinische Behandlung oder Leistungen wie Untersuchungen, Arzneimittel oder Operationen trifft. Diese könnten z. B. dazu dienen herauszufinden, was die Ursache meiner Krankheit ist oder wie diese zu behandeln ist. Dazu gehört auch lebenserhaltende Pflege. Wenn die Maßnahmen oder die Behandlung bereits begonnen haben, kann mein Vorsorgebevollmächtigter entscheiden, ob diese fortgesetzt oder eingestellt werden.

- Make choices for me about my medical care or services, like tests, medicine, or surgery. This care or service could be to find out what my health problem is, or how to treat it. It can also include care to keep me alive. If the treatment or care has already started, my Health Care Agent can keep it going or have it stopped.

- Meine Verfügungen, die ich in diesem Vordruck niedergeschrieben oder bei Gesprächen mitgeteilt habe, in dem Sinne auslegen wird, wie mein Vorsorgebevollmächtigter meine Wünsche und Werte versteht.

- Interpret any instructions I have given in this form or given in other discussions, according to my Health Care Agent's understanding of my wishes and values.

- Meiner Einweisung in ein Heim für betreutes Wohnen, ein Krankenhaus, ein Hospiz oder ein Pflegeheim in meinem Namen zustimmt. Mein Vorsorgebevollmächtigter kann jede Pflegekraft einstellen, die erforderlich ist, um mir zu helfen und mich zu betreuen. Mein Bevollmächtigter kann Pflegekräfte gegebenenfalls auch entlassen.

- Consent to admission to an assisted living facility, hospital, hospice, or nursing home for me. My Health Care Agent can hire any kind of health care worker I may need to help me or take care of me. My Agent may also fire a health care worker, if needed.

- Die Entscheidung trifft, ob medizinische Maßnahmen ergriffen oder nicht ergriffen oder eingestellt werden sollen, einschließlich künstlicher Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr und sonstiger lebenserhaltender Maßnahmen.

- Make the decision to request, take away or not give medical treatments, including artificially-provided food and water, and any other treatments to keep me alive.

- In meine Krankenakten und persönlichen Unterlagen Einsicht nehmen und diese freigeben kann. Wenn ich eine Unterschrift unter solche Akten setzen muss, kann mein Vorsorgebevollmächtigter diese für mich unterzeichnen.

- See and approve release of my medical records and personal files. If I need to sign my name to get any of these files, my Health Care Agent can sign it for me.

- Mich in einen anderen Bundesstaat bringen kann, damit ich dort die Pflege bekomme, die ich benötige, oder um meine Wünsche zu erfüllen.

- Move me to another state to get the care I need or to carry out my wishes.

- Die Verabreichung von Arzneimitteln oder Behandlungen zur Schmerzlinderung zulassen oder ablehnen kann.

- Authorize or refuse to authorize any medication or procedure needed to help with pain.

- Alle gesetzlichen Maßnahmen ergreifen kann, um meine Verfügungen durchzusetzen

- Take any legal action needed to carry out my wishes.

- Verwertbare Organe oder Gewebe von mir im gesetzlichen zulässigen Umfang spenden kann.

- Donate useable organs or tissues of mine as allowed by law.

- Krankenversicherungen oder andere Versicherungen für mich abschließen kann, die mir einen Nutzen bringen. Mein Vorsorgebevollmächtigter kann Einsicht nehmen in meine persönlichen Unterlagen wie Bankunterlagen, um die zum Ausfüllen der Formulare benötigten Informationen herauszufinden.

- Apply for Medicare, Medicaid, or other programs or insurance benefits for me. My Health Care Agent can see my personal files, like bank records, to find out what is needed to fill out these forms.

- Im Folgenden sind Änderungen, Zusätze oder Beschränkungen der Befugnisse meines Vorsorgebevollmächtigten aufgeführt.

- Listed below are any changes, additions, or limitations on my Health Care Agent's powers.

WUNSCH 2 — WISH 2

Welche medizinischen Behandlungen ich haben möchte und welche nicht.

My Wish For The Kind Of Medical Treatment I Want Or Don't Want.

Mein Leben ist für mich sehr wertvoll, und ich möchte mit Würde behandelt werden. Wenn der Moment kommt, in dem ich sehr krank werde und nicht mehr in der Lage bin, für mich selbst zu sprechen, möchte ich, dass die nachfolgenden Wünsche und andere Verfügungen, die ich meinem Vorsorgebevollmächtigten mitgeteilt habe, respektiert und beachtet werden.

I believe that my life is precious and I deserve to be treated with dignity. When the time comes that I am very sick and am not able to speak for myself, I want the following wishes, and any other directions I have given to my Health Care Agent, to be respected and followed.

Was ich Ihnen als Pflegekraft mitteilen möchte

- Ich möchte keine Schmerzen haben. Ich möchte, dass mein Arzt mir ausreichend schmerzlindernde Mittel gibt, auch wenn das bedeutet, dass ich benommen sein werde oder mehr schlafe als sonst.
- Ich möchte nicht, dass meine Ärzte oder Pflegekräfte etwas tun oder unterlassen, das mein Leben beendet.
- Ich möchte über den Mund Nahrungsmittel und Flüssigkeit zugeführt bekommen und immer sauber sein und nicht frieren.

What You Should Keep In Mind As My Caregiver

- I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means that I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.
- I do not want anything done or omitted by my doctors or nurses with the intention of taking my life.
- I want to be offered food and fluids by mouth, and kept clean and warm.

Im Notfall

In Case Of An Emergency

Bei einem medizinischen Notfall werden die Rettungskräfte nachschauen, ob Sie eine Erklärung zum **Verzicht auf Wiederbelebung** bei sich haben oder ein entsprechendes Armband tragen. Viele Bundesstaaten schreiben vor, dass der Vordruck zum **Verzicht auf Wiederbelebung** von einem Arzt ausgefüllt und unterzeichnet werden muss. Mit diesem Vordruck wissen die Rettungskräfte, dass Sie keine lebenserhaltenden Maßnahmen wünschen, wenn Sie sterben. Bitte sprechen Sie mit Ihrem Arzt, um abzuklären, ob Sie einen Vordruck zum **Verzicht auf Wiederbelebung** ausfüllen lassen müssen.

If you have a medical emergency and ambulance personnel arrive, they may look to see if you have a **Do Not Resuscitate** form or bracelet. Many states require a person to have a **Do Not Resuscitate** form filled out and signed by a doctor. This form lets ambulance personnel know that you don't want them to use life-support treatment when you are dying. Please check with your doctor to see if you need to have a **Do Not Resuscitate** form filled out.

Was für mich „lebenserhaltende Maßnahmen“ sind

Lebenserhaltende Maßnahmen sind alle medizinischen Verfahren, Geräte oder Arzneimittel, die mich am Leben erhalten. Zu lebenserhaltenden Maßnahmen gehören: medizinische Geräte, die die Atmung unterstützen, Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung durch medizinische Geräte (Sondenernährung), Herz-Lungen-Wiederbelebung (HLW), größere Operationen, Bluttransfusionen, Dialyse, Antibiotika und alles andere, was mich am Leben erhält. Wenn ich die Bedeutung lebenserhaltender Maßnahmen aufgrund religiöser oder persönlicher Überzeugungen einschränken möchte, kann ich dies im Folgenden niederschreiben. Ich tue dies, damit klar ist, was ich unter welchen Umständen haben möchte.

What “Life-Support Treatment” Means To Me

Life-support treatment means any medical procedure, device or medication to keep me alive. Life-support treatment includes: medical devices put in me to help me breathe; food and water supplied by medical device (tube feeding); cardiopulmonary resuscitation (CPR); major surgery; blood transfusions; dialysis; antibiotics; and anything else meant to keep me alive. If I wish to limit the meaning of life-support treatment because of my religious or personal beliefs, I write this limitation in the space below. I do this to make very clear what I want and under what conditions.

Im Folgenden geht es um medizinische Behandlungen, die ich in den genannten vier Fällen haben oder nicht haben möchte. Ich möchte, dass mein Vorsorgebevollmächtigter, meine Familie, meine Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer, meine Freunde und alle anderen Personen über diese Verfügungen Bescheid wissen.

Here is the kind of medical treatment that I want or don't want in the four situations listed below. I want my Health Care Agent, my family, my doctors and other health care providers, my friends and all others to know these directions.

Kurz vor dem Tod stehend:

Wenn mein Arzt und ein weiterer medizinischer Fachmann beide feststellen, dass ich innerhalb kurzer Zeit sterben werde und lebenserhaltende Maßnahmen meinen Tod nur hinauszögern würden (bitte *eine* Wahlmöglichkeit auswählen):

- Ich möchte, dass lebenserhaltende Maßnahmen durchgeführt werden.**

I want to have life-support treatment.

- Ich möchte nicht, dass lebenserhaltende Maßnahmen durchgeführt werden. Wenn bereits lebenserhaltende Maßnahmen eingeleitet wurden, möchte ich, dass diese eingestellt werden.**

I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.

- Ich möchte, dass lebenserhaltende Maßnahmen durchgeführt werden, wenn mein Arzt der Meinung ist, dass diese helfen könnten. Ich möchte aber, dass mein Arzt die lebenserhaltenden Maßnahmen einstellt, wenn diese meinen Gesundheitszustand nicht verbessern oder die Symptome nicht lindern.**

I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

Close to death:

If my doctor and another health care professional both decide that I am likely to die within a short period of time, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

Koma ohne Aussicht auf Erwachen oder Heilung:

Wenn mein Arzt und ein weiterer medizinischer Fachmann beide feststellen, dass ich im Koma liege und nicht damit zu rechnen ist, dass ich daraus wieder erwache oder mich davon erhole und dass ich Hirnschädigungen habe und lebenserhaltende Maßnahmen meinen Tod nur hinauszögern würden (bitte *eine* Wahlmöglichkeit auswählen):

- Ich möchte, dass lebenserhaltende Maßnahmen durchgeführt werden.**
I want to have life-support treatment.
- Ich möchte nicht, dass lebenserhaltende Maßnahmen durchgeführt werden. Wenn bereits lebenserhaltende Maßnahmen eingeleitet wurden, möchte ich, dass diese eingestellt werden.**
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- Ich möchte, dass lebenserhaltende Maßnahmen durchgeführt werden, wenn mein Arzt der Meinung ist, dass diese helfen könnten. Ich möchte aber, dass mein Arzt die lebenserhaltenden Maßnahmen einstellt, wenn diese meinen Gesundheitszustand nicht verbessern oder die Symptome nicht lindern.**
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

Dauerhafte und schwere Hirnschädigung ohne Aussicht auf Heilung:

Wenn mein Arzt und ein weiterer medizinischer Fachmann beide feststellen, dass ich eine dauerhafte und schwere Hirnschädigung habe (zum Beispiel wenn ich meine Augen öffnen, aber nicht sprechen oder verstehen kann) und keine Aussicht auf Besserung besteht und lebenserhaltende Maßnahmen meinen Tod nur hinauszögern würden (bitte *eine* Wahlmöglichkeit auswählen):

- Ich möchte, dass lebenserhaltende Maßnahmen durchgeführt werden.**
I want to have life-support treatment.
- Ich möchte nicht, dass lebenserhaltende Maßnahmen durchgeführt werden. Wenn bereits lebenserhaltende Maßnahmen eingeleitet wurden, möchte ich, dass diese eingestellt werden.**
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- Ich möchte, dass lebenserhaltende Maßnahmen durchgeführt werden, wenn mein Arzt der Meinung ist, dass diese helfen könnten. Ich möchte aber, dass mein Arzt die lebenserhaltenden Maßnahmen einstellt, wenn diese meinen Gesundheitszustand nicht verbessern oder die Symptome nicht lindern.**
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

In A Coma And Not Expected To Wake Up Or Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I am in a coma from which I am not expected to wake up or recover, and I have brain damage, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

Permanent And Severe Brain Damage And Not Expected To Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I have permanent and severe brain damage, (for example, I can open my eyes, but I can not speak or understand) and I am not expected to get better, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

Sonstiger Zustand, in dem ich nicht am Leben erhalten werden möchte:

Im Folgenden beschreibe ich sonstige Zustände, in denen ich keine lebenserhaltenden Maßnahmen möchte. Ich halte die Kosten und den Aufwand lebenserhaltender Maßnahmen in diesem Zustand für zu hoch im Verhältnis zum Nutzen. Ich möchte daher nicht, dass in diesem Zustand lebenserhaltende Maßnahmen durchgeführt werden. (Sie können z. B. schreiben „Endstadium“. Das bedeutet, dass sich Ihr Gesundheitszustand verschlimmert hat. Sie sind weder geistig noch körperlich in der Lage, sich selbst zu versorgen. Lebenserhaltende Maßnahmen tragen nicht zur Genesung bei. Lassen Sie den Platz frei, wenn Sie keine weiteren Krankheitszustände beschreiben möchten.)

In Another Condition Under Which I Do Not Wish To Be Kept Alive:

If there is another condition under which I do not wish to have life-support treatment, I describe it below. In this condition, I believe that the costs and burdens of life-support treatment are too much and not worth the benefits to me. Therefore, in this condition, I do not want life-support treatment. (For example, you may write “end-stage condition.” That means that your health has gotten worse. You are not able to take care of yourself in any way, mentally or physically. Life-support treatment will not help you recover. Please leave the space blank if you have no other condition to describe.)

Bei den nächsten drei Willensäußerungen geht es um meine persönlichen, spirituellen und emotionalen Wünsche. Diese sind mir sehr wichtig. Ich möchte bis an mein Lebensende mit Würde behandelt werden, deshalb bitte ich, dass meine unter Wunsch 3, 4 und 5 festgelegten Wünsche erfüllt werden, sofern dies möglich ist. Ich weiß, dass meine Familie, meine Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer, meine Freunde und andere Personen möglicherweise nicht in der Lage sind, diese Wünsche umzusetzen, oder dass es ihnen gesetzlich verboten ist. Ich gehe nicht davon aus, dass meinen Ärzten oder anderen medizinischen Leistungserbringern mit den folgenden Wünschen neue oder zusätzliche gesetzliche Pflichten auferlegt werden. Ich gehe auch nicht davon aus, dass diese Wünsche meinen Arzt oder andere medizinische Leistungserbringer davon abhalten, mir die gesetzlich vorgeschriebene Pflege angedeihen zu lassen.

The next three wishes deal with my personal, spiritual and emotional wishes. They are important to me. I want to be treated with dignity near the end of my life, so I would like people to do the things written in Wishes 3, 4, and 5 when they can be done. I understand that my family, my doctors and other health care providers, my friends, and others may not be able to do these things or are not required by law to do these things. I do not expect the following wishes to place new or added legal duties on my doctors or other health care providers. I also do not expect these wishes to excuse my doctor or other health care providers from giving me the proper care asked for by law.

WUNSCH 3 — WISH 3

Wie ich betreut werden möchte

My Wish For How Comfortable I Want To Be.

(Bitte alles nicht Gewünschte durchstreichen.)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Ich möchte keine Schmerzen haben. Ich möchte, dass mein Arzt mir ausreichend schmerzlindernde Mittel gibt, auch wenn das bedeutet, dass ich benommen sein werde oder mehr schlafe als sonst. | <ul style="list-style-type: none">• I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means I will be drowsy or sleep more than I would otherwise. |
| <ul style="list-style-type: none">• Bei Anzeichen von Depression, Übelkeit, Atemnot oder Halluzinationen möchte ich, dass meine Pflegekräfte alles tun, um mir zu helfen. | <ul style="list-style-type: none">• If I show signs of depression, nausea, shortness of breath, or hallucinations, I want my care givers to do whatever they can to help me. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ich möchte, dass man mir ein kühles, feuchtes Tuch auf den Kopf legt, wenn ich Fieber habe. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have a cool moist cloth put on my head if I have a fever. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ich möchte, dass meine Lippen und mein Mund befeuchtet werden, wenn sie trocken sind. | <ul style="list-style-type: none">• I want my lips and mouth kept moist to stop dryness. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ich möchte oft warm gebadet werden. Ich möchte immer frisch und sauber sein. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have warm baths often. I wish to be kept fresh and clean at all times. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ich möchte so oft wie möglich mit warmen Ölen massiert werden. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to be massaged with warm oils as often as I can be. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ich möchte nach Möglichkeit bis zu meinem Tod meine Lieblingsmusik hören. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have my favorite music played when possible until my time of death. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ich möchte, dass auf meine Körperpflege geachtet wird, wie Rasieren, Nägelschneiden, Haarekämmen und Zähneputzen, solange dies keine Schmerzen verursacht oder ich mich dabei unwohl fühle. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have personal care like shaving, nail clipping, hair brushing, and teeth brushing, as long as they do not cause me pain or discomfort. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ich möchte, dass religiöse Texte und Gedichte, die mir besonders gefallen, vorgelesen werden, wenn mein Tod kurz bevorsteht. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have religious readings and well-loved poems read aloud when I am near death. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ich möchte darüber informiert werden, wie ich und meine Lieben im Rahmen der Hospizpflege medizinisch, emotional und spirituell betreut werden können. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to know about options for hospice care to provide medical, emotional and spiritual care for me and my loved ones. |

WUNSCH 4 — WISH 4

Wie mein Umfeld mit mir umgehen soll. My Wish For How I Want People To Treat Me.

(Bitte alles nicht Gewünschte durchstreichen.)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Ich möchte nach Möglichkeit Menschen um mich herum haben. Ich möchte, dass jemand bei mir ist, wenn mein Tod jederzeit eintreten kann. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have people with me when possible. I want someone to be with me when it seems that death may come at any time. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ich möchte, dass nach Möglichkeit meine Hand gehalten und mit mir gesprochen wird, auch wenn es scheint, dass ich auf die Stimme oder Berührung von anderen nicht reagiere. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have my hand held and to be talked to when possible, even if I don't seem to respond to the voice or touch of others. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ich möchte nach Möglichkeit jemanden bei mir haben, der für mich betet. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have others by my side praying for me when possible. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ich möchte, dass den Mitgliedern meiner Glaubensgemeinschaft mitgeteilt wird, dass ich krank bin und in ihr Gebet eingeschlossen und besucht werden möchte. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have the members of my faith community told that I am sick and asked to pray for me and visit me. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ich möchte, dass man mich mit Güte und Heiterkeit pflegt und nicht mit Traurigkeit. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to be cared for with kindness and cheerfulness, and not sadness. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ich möchte Fotos von meinen Lieben in meinem Zimmer neben dem Bett haben. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have pictures of my loved ones in my room, near my bed. |
| <ul style="list-style-type: none">• Wenn ich keine Kontrolle mehr über Darm oder Blase habe, möchte ich, dass meine Kleidung und mein Bettzeug immer sauber sind und gleich gewechselt werden, wenn sie schmutzig geworden sind. | <ul style="list-style-type: none">• If I am not able to control my bowel or bladder functions, I wish for my clothes and bed linens to be kept clean, and for them to be changed as soon as they can be if they have been soiled. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ich möchte zuhause sterben, wenn das möglich ist. | <ul style="list-style-type: none">• I want to die in my home, if that can be done. |

WUNSCH 5 — WISH 5

Was ich meinen Lieben mitteilen möchte My Wish For What I Want My Loved Ones To Know.

(Bitte alles nicht Gewünschte durchstreichen.)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Ich möchte meine Familie und meine Freunde wissen lassen, dass ich sie liebe. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have my family and friends know that I love them. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ich möchte um Vergebung bitten für die Momente, in denen ich meine Familie, meine Freunde und andere Menschen verletzt habe. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to be forgiven for the times I have hurt my family, friends, and others. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ich möchte meine Familie, meine Freunde und andere Menschen wissen lassen, dass ich ihnen verzeihe für die Momente in meinem Leben, in denen sie mich verletzt haben. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have my family, friends and others know that I forgive them for when they may have hurt me in my life. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ich möchte meine Familie und meine Freunde wissen lassen, dass ich keine Angst vor dem Tod habe. Ich glaube nicht, dass der Tod das Ende ist, sondern ein Neubeginn für mich. | <ul style="list-style-type: none">• I wish for my family and friends to know that I do not fear death itself. I think it is not the end, but a new beginning for me. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ich wünsche mir für meine Familienangehörigen, dass sie vor meinem Tod miteinander Frieden schließen, wenn das möglich ist. | <ul style="list-style-type: none">• I wish for all of my family members to make peace with each other before my death, if they can. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ich möchte, dass meine Familie und meine Freunde darüber nachdenken, wie ich vor meiner schweren Krankheit war. Ich möchte, dass sie mich nach meinem Tod so in Erinnerung behalten. | <ul style="list-style-type: none">• I wish for my family and friends to think about what I was like before I became seriously ill. I want them to remember me in this way after my death. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ich möchte, dass meine Familie, Freunde und Pflegekräfte meinen Willen respektieren, auch wenn sie damit nicht einverstanden sind. | <ul style="list-style-type: none">• I wish for my family and friends and caregivers to respect my wishes even if they don't agree with them. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ich möchte, dass meine Familie und meine Freunde mein Sterben als Zeit des persönlichen Wachstums, auch meines eigenen, betrachten. Das wird mir helfen, in meinen letzten Tagen ein sinnhaftes Leben zu führen. | <ul style="list-style-type: none">• I wish for my family and friends to look at my dying as a time of personal growth for everyone, including me. This will help me live a meaningful life in my final days. |

- Ich möchte, dass sich meine Familie und meine Freunde Hilfe holen, wenn sie mit meinem Tod nicht zurechtkommen. Ich möchte, dass die Erinnerungen an mich Freude wecken und keine Trauer.

- I wish for my family and friends to get counseling if they have trouble with my death. I want memories of my life to give them joy and not sorrow.

- Nach meinem Tod möchte ich, dass mein Leichnam (Gewünschtes bitte umkreisen):
begraben oder verbrannt wird.

- After my death, I would like my body to be (circle one): buried or cremated.

- Mein Leichnam oder meine Überreste sollten an folgenden Ort gebracht werden

- My body or remains should be put in the following location

_____.

_____.

- Die folgende Person kennt meine Begräbniswünsche:

_____.

- The following person knows my funeral wishes:

_____.

Wenn jemand danach fragt, wie ich in Erinnerung bleiben möchte, erzählen Sie ihm bitte Folgendes über mich:

If anyone asks how I want to be remembered, please say the following about me:

Wenn es einen Trauergottesdienst für mich gibt, möchte ich, dass dieser folgendermaßen gestaltet wird (Musik, Lieder, Texte oder andere spezielle Wünsche):

If there is to be a memorial service for me, I wish for this service to include the following (list music, songs, readings or other specific requests that you have):

(Hier ist Platz für sonstige Wünsche, z. B. wenn Sie alle oder bestimmte Körperteile nach Ihrem Tod spenden möchten. Sie können ebenfalls eine gemeinnützige Organisation bestimmen, die Gedenkspenden erhalten soll. Fügen Sie ein separates Blatt bei, wenn Sie mehr Platz benötigen.)

(Please use the space below for any other wishes. For example, you may choose to donate any or all parts of your body when you die. You may also wish to designate a charity to receive memorial contributions. Please attach a separate sheet of paper if you need more space.)

Unterzeichnung des Fünf Wünsche-Vordrucks

Unterzeichnen Sie Ihre Fünf-Wünsche-Verfügung im Beisein der zwei Zeugen.

Ich, _____, bitte meine Familie, meine Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer, meine Freunde und alle anderen Personen, meinen Willen, so wie er von meinem Vorsorgebevollmächtigten (sofern ich einen solchen ernannt habe und diese Person erreichbar ist) mitgeteilt wird oder in diesem Vordruck festgelegt ist, zu respektieren. Diese Verfügung tritt in Kraft, wenn ich nicht mehr in der Lage bin, Entscheidungen zu treffen oder für mich selbst zu sprechen. Ist ein Teil dieses Vordrucks gesetzlich nicht durchsetzbar, bitte ich, dass alle anderen Teile dieses Vordrucks durchgesetzt werden. Ich widerrufe außerdem alle früheren Patientenverfügungen.

Unterschrift *Signature*: _____

Anschrift *Address*: _____

Telefon *Phone*: _____ Datum *Date*: _____

Bezeugung

(2 Zeugen erforderlich):

Ich, der Zeuge, erkläre, dass die Person, die diesen Vordruck unterzeichnet oder bestätigt hat (im Folgenden die „Person“), mir persönlich bekannt ist, dass sie diese/n [Vordruck/e für die Bevollmächtigung von Vorsorgebevollmächtigten und/oder Patientenverfügung/en] in meinem Beisein unterzeichnet oder bestätigt hat und dass sie meines Erachtens bei Verstand ist und diese Handlung nicht unter Zwang, aus betrügerischer Absicht oder unter ungebührlicher Beeinflussung vornimmt.

Ich erkläre ferner, dass ich über 18 Jahre alt bin und NICHT:

- die Person, die als (Vertreter/Bevollmächtigter/Stellvertreter/ Patientenvertreter) gemäß diesem Dokument benannt wurde, oder ihr Nachfolger bin,
- der medizinische Leistungserbringer (wie unter anderem der Inhaber oder Betreiber einer Einrichtung für die Langzeitpflege oder einer anderen Wohn- oder Gemeinschaftspflegeeinrichtung, von der die Person betreut wird) bin
- ein Mitarbeiter des medizinischen Leistungserbringers der Person bin,
- finanziell für die medizinische Betreuung der Person verantwortlich bin,
- ein Mitarbeiter einer Lebens- oder Krankenversicherungsgesellschaft der Person bin,
- mit der Person blutsverwandt oder durch Eheschließung oder Adoption verwandt bin und
- soweit mir bekannt ist, Gläubiger der Person bin oder gesetzlichen Anspruch auf einen Teil ihres Erbes nach einem Testament oder Testamentsnachtrag habe.

(In einigen Bundesstaaten gibt es möglicherweise weniger strenge Vorschriften zu den Voraussetzungen, die ein Zeuge erfüllen muss. Wenn Sie die Vorschriften Ihres Bundesstaats nicht genau kennen, richten Sie sich bitte nach den oben stehenden Vorschriften.)

Signing The Five Wishes Form

Please make sure you sign your Five Wishes form in the presence of the two witnesses.

I, _____, ask that my family, my doctors, and other health care providers, my friends, and all others, follow my wishes as communicated by my Health Care Agent (if I have one and he or she is available), or as otherwise expressed in this form. This form becomes valid when I am unable to make decisions or speak for myself. If any part of this form cannot be legally followed, I ask that all other parts of this form be followed. I also revoke any health care advance directives I have made before.

Unterschrift *Signature*: _____

Anschrift *Address*: _____

Telefon *Phone*: _____ Datum *Date*: _____

Witness Statement

(2 witnesses needed):

I, the witness, declare that the person who signed or acknowledged this form (hereafter “person”) is personally known to me, that he/she signed or acknowledged this [Health Care Agent and/or Living Will form(s)] in my presence, and that he/she appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.

I also declare that I am over 18 years of age and am NOT:

- The individual appointed as (agent/proxy/surrogate/ patient advocate/representative) by this document or his/her successor,
- The person’s health care provider, including owner or operator of a health, long-term care, or other residential or community care facility serving the person,
- An employee of the person’s health care provider,
- Financially responsible for the person’s health care,
- An employee of a life or health insurance provider for the person,
- Related to the person by blood, marriage, or adoption, and,
- To the best of my knowledge, a creditor of the person or entitled to any part of his/her estate under a will or codicil, by operation of law.

(Some states may have fewer rules about who may be a witness. Unless you know your state’s rules, please follow the above.)

Unterschrift des 1. Zeugen *Signature of Witness #1*

Unterschrift des 2. Zeugen *Signature of Witness #2*

Name des Zeugen in Druckbuchstaben

Printed Name of Witness

Name des Zeugen in Druckbuchstaben

Printed Name of Witness

Anschrift *Address*

Anschrift *Address*

Telefon *Phone*

Telefon *Phone*

Notarielle Beglaubigung • Notarization •

Nur erforderlich für Einwohner von Missouri, North Carolina, South Carolina und West Virginia

Only required for residents of Missouri, North Carolina, South Carolina and West Virginia

- Wenn Sie in Missouri leben, brauchen Sie nur Ihre eigene Unterschrift notariell beglaubigen zu lassen.
- Wenn Sie in North Carolina, South Carolina oder West Virginia leben, sollten Sie Ihre eigene Unterschrift sowie die Unterschriften Ihrer Zeugen notariell beglaubigen lassen.
- If you live in Missouri, only your signature should be notarized.
- If you live in North Carolina, South Carolina or West Virginia, you should have your signature, and the signatures of your witnesses, notarized.

STATE OF _____

COUNTY OF _____

On this ____ day of _____, 20____, the said _____,

_____ and _____, known to me (or satisfactorily proven) to be the person named in the foregoing instrument and witnesses, respectively, personally appeared before me, a Notary Public, within and for the State and County aforesaid, and acknowledged that they freely and voluntarily executed the same for the purposes stated therein.

My Commission Expires: _____

Notary Public

Einwohner von WISCONSIN müssen der Fünf Wünsche-Verfügung die im Bundesstaat WISCONSIN vorgeschriebene Einverständniserklärung beilegen.

Residents of WISCONSIN must attach the WISCONSIN notice statement to Five Wishes.

Nähere Informationen sowie die Einverständniserklärung finden Sie unter www.agingwithdignity.org.

More information and the notice statement are available at www.agingwithdignity.org.

Personen in Einrichtungen in KALIFORNIEN, CONNECTICUT, DELAWARE, GEORGIA, NEW YORK, NORTH DAKOTA, SOUTH CAROLINA UND VERMONT müssen spezielle Regeln in Bezug auf Zeugen befolgen.

Residents of Institutions In CALIFORNIA, CONNECTICUT, DELAWARE, GEORGIA, NEW YORK, NORTH DAKOTA, SOUTH CAROLINA, AND VERMONT Must Follow Special Witnessing Rules.

Wenn Sie in einem der oben genannten Bundesstaaten in einer speziellen Einrichtung (Pflegeheim, sonstige zugelassene Einrichtung für die Langzeitpflege, Heim für geistig oder körperlich behinderte Menschen oder psychiatrische Heilanstalt) leben, müssen Sie unter Umständen besondere Vorschriften für die Bezeugung beachten, damit Ihre Fünf Wünsche-Verfügung rechtsgültig ist. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an den sozialen Dienst oder einen Patientenvertreter in Ihrer Einrichtung.

If you live in certain institutions (a nursing home, other licensed long term care facility, a home for the mentally retarded or developmentally disabled, or a mental health institution) in one of the states listed above, you may have to follow special "witnessing requirements" for your Five Wishes to be valid. For further information, please contact a social worker or patient advocate at your institution.

Wenn Sie Fünf Wünsche ausgefüllt haben

- Unterschriften Sie den Vordruck wie in der Anleitung erläutert und lassen ihn bezeugen. Ihre Fünf Wünsche-Verfügung ist damit rechtsgültig.
- Sprechen Sie mit Ihrem Vorsorgebevollmächtigten, Ihren Familienangehörigen und anderen Personen, die Ihnen nahe stehen, über Ihre Wünsche. Geben Sie ihnen eine Kopie Ihrer Fünf Wünsche-Verfügung.
- Bewahren Sie das von Ihnen unterzeichnete Original zuhause an einem bestimmten Platz auf. Legen Sie es NICHT in einen Safe. Bewahren Sie es leicht zugänglich auf, damit man es im Notfall sofort findet.
- Ich habe folgenden Personen eine Kopie meiner Fünf Wünsche-Verfügung gegeben:
- Füllen Sie die unten stehende Verfügungskarte für die Brieftasche aus. Tragen Sie diese immer bei sich. So weiß jeder im Notfall, wo Sie Ihre Fünf Wünsche-Verfügung aufbewahren.
- Sprechen Sie mit Ihrem Arzt, wenn Sie das nächste Mal einen Termin haben. Geben Sie Ihrem Arzt eine Kopie Ihrer Fünf Wünsche-Verfügung. Bitten Sie ihn, diese Verfügung Ihrer Krankenakte beizulegen. Stellen Sie sicher, dass Ihr Arzt Ihre Wünsche versteht und bereit ist, sich danach zu richten. Bitten Sie ihn, anderen Ärzten, die Sie behandeln, mitzuteilen, dass sie sich nach Ihrer Verfügung richten sollen.
- Wenn Sie ins Krankenhaus oder in ein Pflegeheim kommen, nehmen Sie eine Kopie Ihrer Fünf Wünsche-Verfügung mit. Bitten Sie das Personal, diese Verfügung Ihrer Krankenakte beizulegen.
- I have given the following people copies of my completed Five Wishes:

Fünf Wünsche soll Ihnen helfen, vorausschauend zu planen. Es ersetzt keine Rechtsberatung. Es kann nicht alle Fragen beantworten, die möglicherweise auftauchen. Jeder Mensch ist anders, und jede Situation ist anders. Die Gesetze ändern sich von Zeit zu Zeit. Wenn Sie eine spezielle Frage oder ein bestimmtes Problem haben, sprechen Sie mit einem Arzt oder Rechtsanwalt.

Five Wishes is meant to help you plan for the future. It is not meant to give you legal advice. It does not try to answer all questions about anything that could come up. Every person is different, and every situation is different. Laws change from time to time. If you have a specific question or problem, talk to a medical or legal professional for advice.

Fünf Wünsche im Kreditkartenformat (Wallet Card)

<p>Important Notice to Medical Personnel: I have a Five Wishes Advance Directive. <small>Wichtiger Hinweis für medizinisches Personal: Ich habe eine Fünf Wünsche-Patientenverfügung.</small></p> <p>_____ Signature <small>Unterschrift</small></p> <p>Please consult this document and/or my Health Care Agent in an emergency. My Agent is: <small>Bitte halten Sie sich in einem Notfall an dieses Dokument und/oder meinen Vorsorgebevollmächtigten. Mein Bevollmächtigter ist:</small></p> <p>_____ Name <small>Name</small></p> <p>_____ Address <small>Straße</small> _____ City/State/Zip <small>Ort/US-Bundesstaat/Zip-Code</small></p> <p>_____ Phone <small>Telefon</small></p>	<p>My primary care physician is: <small>Mein Hausarzt ist:</small></p> <p>_____ Name <small>Name</small></p> <p>_____ Address <small>Straße</small> _____ City/State/Zip <small>Ort/US-Bundesstaat/Zip-Code</small></p> <p>_____ Phone <small>Telefon</small></p> <p>My document is located at: <small>Meine Verfügung ist an folgender Stelle hinterlegt:</small></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--

Karte ausschneiden, falten und zum Schutz laminieren

Was andere über Fünf Wünsche sagen:

„Es ist jetzt ein Jahr her, seit meine Mutter gestorben ist. Wir wussten, was sie wollte, weil sie die Fünf Wünsche-Patientenverfügung hatte. Als es mit ihr zu Ende ging, wussten mein Bruder und ich genau, was wir tun sollten. Das gab uns ein Gefühl der inneren Ruhe.“

*Cheryl K.
Longwood, Florida*

„Ich muss sagen, ich finde Ihre Fünf Wünsche-Verfügung toll. Sie lässt keine Zweifel offen, ist leicht zu verstehen und stellt nicht die konkreten Aspekte der medizinischen Pflege in den Vordergrund, sondern den Menschen. Mein Mann und ich haben beide eine Patientenverfügung.“

*Susan W.
Flagstaff, Arizona*

„Ich will nicht, dass meine Kinder die Entscheidungen treffen müssen, die ich gerade für meine Mutter treffen muss. Ich hätte nie gedacht, dass es so viele medizinische Wahlmöglichkeiten gibt. Vielen Dank für diese Verfügung, die auf den Menschen und seine Wünsche eingeht. Ich kann das Dokument einfach ausfüllen und für meine Kinder aufbewahren.“

*Diana W.
Hanover, Illinois*

Fünf Wünsche wurde von Aging with Dignity erarbeitet, einer gemeinnützigen Organisation mit dem Ziel, Menschen bei der Planung zu helfen, im Falle einer ernsthaften Krankheit die gewünschte Pflege zu erhalten. Die Erarbeitung der Fünf Wünsche wurde dank eines Zuschusses von The Robert Wood Johnson Foundation ermöglicht.

Five Wishes was created by Aging with Dignity, a nonprofit organization with a mission to help people plan and receive the care they want in case of a serious illness. Development of Five Wishes was made possible by a grant from The Robert Wood Johnson Foundation.



P.O. Box 1661
Tallahassee, Florida 32302-1661
www.agingwithdignity.org
(888) 594-7437

Die Übersetzung der Fünf Wünsche wurde ermöglicht dank Unterstützung von

Translations of Five Wishes made possible through support from



United Health FoundationSM

Professionelle Übersetzungsdienste von

Professional translation services provided by

Language Services Associates

Five Wishes (Fünf Wünsche) ist eine Marke von Aging with Dignity. Alle Rechte vorbehalten. Die Inhalte dieses Dokuments sind urheberrechtlich geschütztes Eigentum von Aging with Dignity. Dieses Dokument darf ohne schriftliche Genehmigung von Aging with Dignity weder ganz noch teilweise vervielfältigt, weitergegeben oder in irgendeiner Form, ob elektronisch oder mechanisch, verkauft werden. Hierzu zählt auch das Fotokopieren, Aufzeichnen oder Speichern in einem Informationsspeicher- und -abrufsystem. Die Inhalte dieses Dokuments sind urheberrechtlich geschützt. Sie dürfen jedoch eine Fotokopie Ihrer ausgefüllten Fünf Wünsche-Verfügung anfertigen und Ihrem Arzt, medizinischen Betreuer, Vorsorgevollmächtigten, Familienangehörigen oder anderen Menschen, die Ihnen am Herzen liegen, geben. Für alle anderen Vervielfältigungen oder Verwendungen von Fünf Wünsche muss die Genehmigung von Aging with Dignity eingeholt werden. Aging with Dignity dankt Oregon Health Decisions für die Mitwirkung an der Ausarbeitung von Wunsch 2 und Kate Callahan, Charles Sabatino und Tere Saenz für ihre Unterstützung.

Five Wishes is a trademark of Aging with Dignity. All rights reserved. The contents of this publication are copyrighted materials of Aging with Dignity. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without written permission from Aging with Dignity. While the contents of this document are copyrighted, you are permitted to photocopy them to provide a copy of your completed Five Wishes form to your physician, care provider, Health Care Agent, family members, or other loved ones. All other reproductions or uses of Five Wishes require permission from Aging with Dignity. Aging with Dignity wishes to thank Oregon Health Decisions for contributing to the drafting of wish number two, and Kate Callahan, Charles Sabatino, and Tere Saenz for their help.