



# Vorausverfügung

Name

Datum

# Inhaltsverzeichnis

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





## 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

Notizenbereich mit horizontalen gestrichelten Linien für den Text.

**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* (2<sup>nd</sup> 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