



My Advance Care Plan (Please Complete in English)

Mein Betreuungsplan (Bitte in Englisch ausfüllen)

Last name: / *Familiennamen*: _____

First name: / *Vorname*: _____ Date of birth / *Geburtsdatum* ____ / ____ / ____

Address: / *Adresse*: _____

My Advance Care Plan is a record of your advance care planning discussion and a way of informing those who are caring for you of your preferences. Your preferences may not necessarily be health related but will guide your treating health professionals, Enduring Guardian and or family as to how you wish to be treated including any special requests or messages.

Please note: Should you wish to make legally binding treatment decisions, it is recommended that you record these decisions in an Advance Health Directive. You may also wish to give consideration to appointing an Enduring Guardian to make personal, lifestyle and treatment decisions on your behalf. See the Guide for further detail.

I have given a copy of my Advance Care Plan to:

Mein Betreuungsplan dokumentiert Ihre Gespräche über die Vorausplanung Ihrer Pflege und informiert Ihre Betreuerinnen und Betreuer über Ihre Wünsche. Ihre Wünsche müssen sich nicht unbedingt auf Ihre Gesundheit beziehen, sondern vermitteln Ihren behandelnden Gesundheitsfachleuten, Ihrem bestellten Vormund bzw. Ihrer bestellten Vormundin (Enduring Guardian) und/oder Ihren Familienmitgliedern, wie Sie behandelt werden möchten. Hierzu gehören auch besondere Wünsche oder Mitteilungen.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie rechtskräftige Entscheidungen über Ihre Behandlung fällen möchten, empfehlen wir, diese in einer Pflegeverfügung (Advance Health Directive) festzuhalten. Sie sollten auch überlegen, ob Sie eine(n) Vormund(in) (Enduring Guardian) bestellen möchten, der/die in Ihrem Namen persönliche Entscheidungen sowie Entscheidungen über Ihren Lebensstil und Ihre Behandlung fällen darf. Weitere Einzelheiten finden Sie im Leitfaden.

Ich habe folgenden Personen ein Exemplar meines Betreuungsplans gegeben:

Full name / <i>Voller Name</i>	Telephone / <i>Telefon</i>	Mobile / <i>Mobil</i>	Relationship to me / <i>Beziehung zu mir</i>

I have completed one or more of the following:

Ich habe eines oder mehrere der folgenden Dokumente erstellt:

Advance Health Directive
Pflegeverfügung

Yes/No (please circle)
Ja/Nein (Zutreffendes bitte einkreisen)

I have stored a copy at: / *Ich habe ein Exemplar aufbewahrt in:* _____

A copy can also be obtained from: / *Ein Exemplar ist auch erhältlich von:*

Name: / *Name:* _____

Telephone: / *Telefon:* _____

Enduring Power of Guardianship
Vormundschaftsverfügung

Yes/No (please circle)
Ja/Nein (Zutreffendes bitte einkreisen)

I have stored a copy at: / *Ich habe ein Exemplar aufbewahrt in:* _____

A copy can also be obtained from: / *Ein Exemplar ist auch erhältlich von:*

Name: / *Name:* _____

Telephone: / *Telefon:* _____

Enduring Power of Attorney
Vorsorgevollmacht

Yes/No (please circle)
Ja/Nein (Zutreffendes bitte einkreisen)

I have stored a copy at: / *Ich habe ein Exemplar aufbewahrt in:* _____

A copy can also be obtained from: / *Ein Exemplar ist auch erhältlich von:*

Name: / *Name:* _____

Telephone: / *Telefon:* _____

Will
Testament

Yes/No (please circle)
Ja/Nein (Zutreffendes bitte einkreisen)

I have stored a copy at: / *Ich habe ein Exemplar aufbewahrt in:* _____

A copy can also be obtained from: / *Ein Exemplar ist auch erhältlich von:*

Name: / *Name:* _____

Telephone: / *Telefon:* _____

Preferences for my future care

These are my preferences, in relation to my future care.
Please refer to the *Advance Care Planning Guide for Patients*.

Wünsche für meine künftige Pflege und Betreuung

Dies sind meine Wünsche für meine künftige Pflege und Betreuung. Siehe bitte den Patientenleitfaden zur Vorausplanung der Pflege (Advance Care Planning Guide for Patients).

Other outcomes of the Advance Care Planning conversation:

For example, you may have considered completing other relevant legal documents such as an Advance Health Directive or Enduring Power of Guardianship or you may have decided to become an organ donor.

Sonstige Ergebnisse des Gesprächs über die Vorausplanung der Pflege:

Vielleicht haben Sie zum Beispiel überlegt, weitere Rechtsdokumente wie eine Pflegeverfügung (Advance Health Directive) oder Vormundschaftsverfügung (Enduring Power of Guardianship) zu erstellen, oder Sie möchten sich für eine Organspende zur Verfügung stellen.

Outcome / Ergebnis	Description / Beschreibung

If I have lost capacity or am approaching end of life, where practical and appropriate, I would prefer to be cared for:

Wenn ich meine Geschäftsfähigkeit verloren habe oder mein Leben seinem Ende zugeht, möchte ich, sofern praktikabel und angebracht, betreut werden:

Initial the option you prefer: / *Gewünschte Option mit Initialen versehen:*

- In my usual home: / *In meinem üblichen Zuhause:* _____
- At a family member's home: / *Im Zuhause eines Familienmitglieds:* _____
- At a hospice or palliative care unit / *In einem Hospiz oder einer Palliativeinrichtung*
- In hospital / *Im Krankenhaus*
- On country (for Aboriginal and Torres Strait Islanders) / *Auf indigenem Land (für Aboriginals und Menschen aus den Torres-Strait-Inseln)*
- At another place: / *Anderswo:* _____

I would like to leave the following message(s)

For example: I am a carer for my partner/family member or I would like the following person to care for my pet, or I would like a particular song played or I would like a particular complementary therapy to be used or I would like my family to respect my preferences to be an organ donor etc.

Ich möchte die folgende(n) Mitteilung(en) hinterlassen

Zum Beispiel: Ich betreue meine(n) Partner(in)/ein Familienmitglied; ich möchte, dass die folgende Person die Betreuung meines Haustiers übernimmt; ich möchte, dass ein bestimmtes Lied gespielt wird; ich wünsche die Anwendung einer bestimmten ergänzenden Therapie; ich möchte, dass meine Familie meine Wünsche als Organspender(in) respektiert usw.

Signed: / *Unterschrift:* _____ Date: / *Datum:* ____ / ____ / ____

This document can be made available in alternative formats on request for a person with disability.

Dieses Dokument kann auf Wunsch für Menschen mit Behinderung in alternativen Formaten zur Verfügung gestellt werden.

Produced by WA Cancer and Palliative Care Network
© Department of Health 2017

Copyright to this material is vested in the State of Western Australia unless otherwise indicated. Apart from any fair dealing for the purposes of private study, research, criticism or review, as permitted under the provisions of the *Copyright Act 1968*, no part may be reproduced or re-used for any purposes whatsoever without written permission of the State of Western Australia.