

# Meine Stimme

Meine Wünsche für die künftige medizinische Versorgung äußern

Leitfaden für die Versorgungsplanung



Februar 2020

Die Verwendung dieses Leitfadens ist freiwillig und soll Gespräche mit Ihren Angehörigen oder Gesundheitsdienstleistern über die für Sie in Frage kommenden Möglichkeiten der Versorgungsplanung ergänzen. Außerdem entsprechen die bereitgestellten Formulare der Rechtslage zum Zeitpunkt der Veröffentlichung. Gesetze können sich im Laufe der Zeit ändern. Dieser Leitfaden ersetzt nicht die medizinische oder rechtliche Beratung.

„Library and Archives Canada“ Katalogisierung im Druck

Meine Stimme -- Meine Wünsche für die künftige medizinische Versorgung äußern.

Enthält Index.  
ISBN 978-0-7726-6524-9

1. Patientenverfügungen (medizinische Versorgung) – British Columbia  
Beliebte Werke. I. British Columbia. Ministerium für Gesundheit II.,  
Titel.

R726.2 M9 2011                      344.71104'197                      C2011-909048-1

---

Referenznummern für den Druck von Dokumenten der  
Gesundheitsbehörde:

FH: 349976                      IH: 807025                      NH: 1752  
PHSA: PHSA240                      VCH: 00089414                      VIHA: 90444

# Danksagung

---

Das Gesundheitsministerium dankt Fraser Health für die Erlaubnis, das Arbeitsbuch „Meine Stimme“ in diesen neuen provinziellen Leitfaden für die Vorausplanung der Pflege aufzunehmen. Dank gebührt auch den vielen Ärzten und Patienten, die ihre Zeit und Ideen eingebracht haben. Der Leitfaden wurde vom Gesundheitsministerium in Zusammenarbeit mit folgenden Partnern erstellt:



# Inhaltsverzeichnis

---

Einleitung	2
Warum ist eine Versorgungsplanung wichtig?	3
Ausarbeitung Ihrer Versorgungsplanung	5
Überzeugungen, Werte und Wünsche	5
Lebenserhaltung und lebensverlängernde medizinische Eingriffe	6
Optionen für die Versorgungsplanung	8
Vorübergehender Stellvertreter des Entscheidungsträgers (TSDM)	9
Vertretungsvereinbarungen	11
Patientenverfügung	14
Eine Vertretungsvereinbarung und eine Patientenverfügung	16
Vorsorgevollmacht	19
Ändern oder Aufheben Ihrer Versorgungsplanung	20
Begriffsbestimmungen	22
Angelegenheiten in Ordnung bringen	25
<b>Meine Versorgungsplanung</b>	
Meine Versorgungsplanung – Zusammenfassung	27
Meine Liste der vorübergehenden Stellvertreter des Entscheidungsträgers (TSDM)	28
Meine Überzeugungen, Werte und Wünsche	30
Mein Stellvertreter: Standard(RA 7)- und erweiterte Vereinbarungen (RA 9)	32
Vertretungsvereinbarung (Paragraph 7)	34
Formular 1: Bescheinigung des Vertreters oder Stellvertreters	40
Formular 2: Bestellung eines Rechtspflegers	41
Formular 3: Vollmacht für die Unterzeichnung im Namen eines Erwachsenen	42
Formular 4: Bescheinigung von Zeugen	43
Vertretungsvereinbarung (Paragraph 9)	44
Meine Patientenverfügung	50
Mittel	52
Wallet Card	52

# Einleitung

---

Es ist wichtig, dass Sie bei Entscheidungen über Ihre medizinische Behandlung ein Mitspracherecht haben. Es kann der Zeitpunkt kommen, an dem Sie aufgrund einer Krankheit oder Verletzung nicht mehr in der Lage sind, Ihre Behandlungswünsche gegenüber den Leistungserbringern im Gesundheitswesen zu äußern. Wenn Sie im Voraus planen, können Sie sicher sein, dass Ihre Familie, Freunde und/oder Gesundheitsdienstleister Ihre Wünsche kennen und sicherstellen können, dass diese Wünsche auch befolgt werden.

Am 1. September 2011 trat in British Columbia eine neue Gesetzgebung zur Planung der Geschäftsunfähigkeit in Kraft, die Erwachsenen mehr Möglichkeiten bietet, ihre Wünsche in Bezug auf zukünftige Entscheidungen zur Gesundheitsversorgung zu äußern. Die Gesetzgebung ermöglicht es mündigen Erwachsenen, Verfügungen zu erstellen, in denen festgelegt ist, welchen medizinischen Behandlungen sie auf der Grundlage ihrer Überzeugungen, Werte und Wünsche zustimmen oder sie ablehnen. Wenn keine Entscheidung/ Verfügung vorhanden ist, gibt die Gesetzgebung von B.C. zur Einwilligung in die Gesundheitsfürsorge den regulierten Anbietern von Gesundheitsfürsorge spezifische Anweisungen, wen sie auswählen müssen, um Entscheidungen im Namen einer Person zu treffen.

Dieser Leitfaden und die Seiten der Arbeitsmappe in der zweiten Hälfte dieser Broschüre helfen Ihnen dabei, eine Versorgungsplanung zu erstellen, in der Sie Ihre Wünsche in Bezug auf Entscheidungen zur Gesundheitsfürsorge für den Fall festhalten, dass Sie nicht mehr in der Lage sind, diese zu treffen. Es wird Ihnen helfen, zu überlegen, was Ihnen wichtig ist, Ihre Überzeugungen und Wünsche zu dokumentieren und einen Versorgungsplanung zu entwickeln, der am besten zu Ihnen passt.

Je nachdem, für welchen Versorgungsplanung Sie sich entschieden haben, müssen Sie möglicherweise rechtliche Formulare ausfüllen, um sicherzustellen, dass Ihre Wünsche befolgt werden. Der Leitfaden enthält Formulare, die Sie ohne die Hilfe eines Anwalts oder Notars ausfüllen können und die bei ordnungsgemäßem Ausfüllen rechtsgültig sind. Bei komplexen Situationen sollten Sie sich rechtlich beraten lassen, um sicherzustellen, dass die Formulare und die darin enthaltenen Angaben Ihren Bedürfnissen entsprechen.



# Warum ist eine Versorgungsplanung wichtig?

---

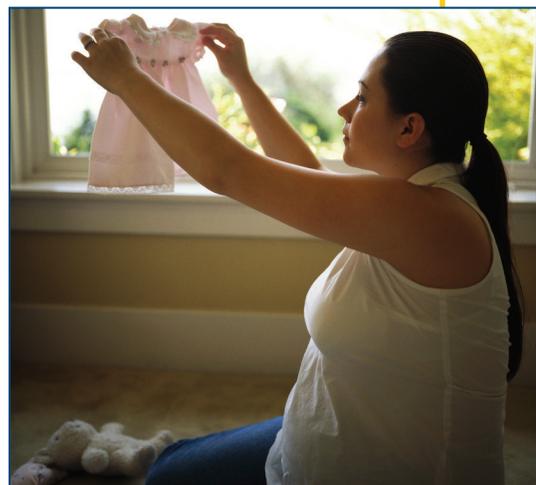
Solange Sie in der Lage sind, Ihren Arzt, Ihre Krankenschwester oder Ihren Krankenpfleger zu verstehen und mit ihm/ihr zu kommunizieren, werden Sie gebeten, Ihre eigenen Entscheidungen über die medizinische Versorgung zu treffen.

Doch niemand weiß, was der morgige Tag bringen wird. Ein schwerer Unfall oder eine schwere Krankheit kann dazu führen, dass Sie zum Zeitpunkt der Pflegebedürftigkeit nicht mehr in der Lage sind, selbst über Ihre medizinische Behandlung zu entscheiden. In einer Versorgungsplanung ist eine solche Möglichkeit vorgesehen. Sie bietet Familienangehörigen oder engen Freunden und Leistungserbringern im Gesundheitswesen einen Leitfaden für Ihre Pflege und Behandlung, der auf Ihren Wünschen basiert.

**Eine Versorgungsplanung gibt Antworten auf die folgenden Fragen:**

- Wer soll für Sie Entscheidungen über Ihre medizinische Versorgung treffen?
- Welchen medizinischen Behandlungen stimmen Sie zu oder lehnen Sie ab, wenn sie von einem Arzt empfohlen werden?
- Würden Sie lebenserhaltende Maßnahmen und lebensverlängernde medizinische Eingriffe bei bestimmten Erkrankungen akzeptieren oder ablehnen?
- Welche Wünsche haben Sie für den Fall, dass Sie eine stationäre Pflege benötigen und nicht zu Hause gepflegt werden können?

Marie ist 54 Jahre alt, geschieden, mag Sport und hat zwei erwachsene Kinder. Vor zwei Monaten wurde sie beim Radfahren von einem Auto angefahren. Sie liegt immer noch Koma und muss beatmet werden. Die Ärzte sagen, dass Marie einen dauerhaften Hirnschaden hat und sich nicht von ihren Verletzungen erholen wird. Selbst wenn sie wieder aufwacht, wird sie nie wieder selbständig gehen, sprechen oder atmen können. Ihre Töchter waren ständig an ihrer Seite. Jetzt kämpft Marie mit einer Infektion in beiden Lungenflügeln, fühlt sich sehr unwohl und die Ärzte sagen, dass Marie in einigen Wochen sterben könnte. Sie empfehlen, Marie vom Beatmungsgerät zu nehmen und ihr einen natürlichen Tod zu ermöglichen. Die eine Tochter hält dies für das Beste, aber die andere Tochter, die im sechsten Monat schwanger ist, will alle möglichen Maßnahmen ergreifen, bis Maries erstes Enkelkind geboren ist.



Hätte Marie ihre Wünsche für die künftige medizinische Versorgung im Rahmen einer Versorgungsplanung geäußert, hätten ihre Töchter und die Gesundheitsdienstleister mehr über Marys Überzeugungen, Werte und Wünsche für ihre medizinische Versorgung in dieser schwierigen Zeit erfahren können. Sie würde die Entscheidungen über Pflege und Behandlung bestimmen, die Marie treffen würde, wenn sie selbst entscheiden könnte.

Bei der Versorgungsplanung geht es darum, Gespräche mit Ihren Angehörigen, Freunden und Gesundheitsdienstleistern zu führen, damit diese wissen, welche medizinische Behandlung Sie wünschen oder ablehnen, wenn Sie nicht mehr in der Lage sind, Ihre eigenen Entscheidungen zu treffen.

Wenn Sie Ihre Überzeugungen, Werte und Wünsche für die künftige medizinische Versorgung aufschreiben, handelt es sich um eine Versorgungsplanung. Ihre Versorgungsplanung kann auch zusätzliche rechtliche Dokumente enthalten.

In British Columbia wird von den Leistungserbringern im Gesundheitswesen erwartet, dass sie die Wünsche eines Erwachsenen in Bezug auf die medizinische Versorgung respektieren, die er geäußert hat, als er noch zurechnungsfähig war. Unabhängig davon, ob Sie Ihre Wünsche in einer Versorgungsplanung geäußert haben oder nicht, werden die Gesundheitsdienstleister medizinisch angemessene Behandlungsempfehlungen für Sie aussprechen.

Durch die Erstellung einer Versorgungsplanung erfahren andere, welche Entscheidungen Sie für sich selbst treffen würden, und Ihre Familie und Freunde erhalten das Wissen und die Instrumente, die sie für die Zukunft benötigen. Eine Versorgungsplanung ist eine Entscheidung. Sie ist eine Entscheidung, die dazu beiträgt, einen Teil des Stresses zu mindern, dem Ihre Familie und Freunde ausgesetzt sein könnten, wenn sie gebeten werden, wichtige Entscheidungen für Sie zu treffen.

# Ausarbeitung Ihrer Versorgungsplanung

---

## Überzeugungen, Werte und Wünsche

---

Die Versorgungsplanung beginnt damit, dass Sie sich Gedanken über Ihre Überzeugungen, Werte und Wünsche in Bezug auf die künftige medizinische Versorgung machen und darüber mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden und dem/den medizinischen Betreuer(n) sprechen. Wenn die Menschen, denen Sie vertrauen, wissen, was Ihnen im Hinblick auf die künftige medizinische Versorgung wichtig ist, fällt es ihnen leichter, Entscheidungen für Sie zu treffen.

Die folgenden Beispiele können Ihnen helfen, herauszufinden, was für Sie wichtig ist.

Diese Dinge machen mein Leben sinnvoll:

- Zeit mit meiner Familie und meinen Freunden zu verbringen
- Liebe zu meinem Haustier/Musik/Kunst/Garten/Arbeit/Hobbys/Frischluft/Sport
- Ausübung meines Glaubens

Wenn ich darüber nachdenke, wie mein Tod aussehen könnte, tröste ich mich damit:

- Zu wissen, dass jeder Schmerz, den ich habe, behandelt wird
- Zu glauben, dass ich gut versorgt werde und meine Familie weiterhin bei mir ist
- Daran zu glauben, dass es etwas nach dem Tod gibt, auch wenn ich nicht weiß, was

Wenn ich ans Sterben denke, mache ich mir Sorgen über:

- Atemprobleme
- Unkontrollierbare Schmerzen
- Einsamkeit

Wenn ich mich dem Ende meines Lebens nähere, möchte ich:

- Dass meine Familie um mich ist
- Dass jemand meine Hand hält
- Dass mich ein Geistlicher besucht
- Hören, wie die Menschen sanft über die glücklichen Erinnerungen meines Lebens sprechen
- Meiner beliebten Musik zuhören
- Ein Fenster, das bei jeder Witterung geöffnet bleibt

## Lebenserhaltung und lebensverlängernde medizinische Eingriffe

---

Es ist sehr wichtig, über Ihre Wünsche in Bezug auf lebenserhaltende Maßnahmen und lebensverlängernde medizinische Eingriffe nachzudenken und zu sprechen, insbesondere wenn Sie eine schwere oder lebensbedrohliche Krankheit haben. Ihre Versorgungsplanung kann sich mit verschiedenen Situationen befassen, z. B. mit der Versorgung im Krankenhaus während und nach einer Routineoperation, mit der Versorgung im Falle eines Unfalls oder mit Entscheidungen über die Betreuung am Lebensende.

Ärzte und andere Leistungserbringer des Gesundheitswesens werden stets eine medizinisch angemessene Gesundheitsversorgung auf der Grundlage einer klinischen Beurteilung anbieten. Das medizinische Personal wird sicherstellen wollen, dass alle Symptome wie Schmerzen, Schwindel, Übelkeit, Blutungen oder Infektionen immer erkannt und behandelt werden. Solange Sie verstehen und sich mitteilen können, wird Ihnen Ihr Arzt die für Sie am besten geeignete medizinische Versorgung, einschließlich aller Risiken, Vorteile und Alternativen, erklären. Sie werden Sie auch bitten, Fragen zu stellen und zu entscheiden, ob Sie die Behandlung annehmen oder ablehnen möchten.

Einige der schwierigsten Entscheidungen betreffen den Einsatz von lebenserhaltenden und lebensverlängernden medizinischen Eingriffen. Zu den medizinischen Eingriffen gehören ein Beatmungsgerät zur Unterstützung der Atmung, Sondennahrung, Nierendialyse oder kardiopulmonale Reanimation zur Wiederbelebung von Herz und Lunge. Diese Behandlungen werden angeboten, wenn ein Arzt sie für medizinisch sinnvoll hält.

Die folgenden Fragen können Ihnen helfen, darüber nachzudenken, welche lebenserhaltenden oder lebensverlängernden medizinischen Maßnahmen Sie in Zukunft akzeptieren oder ablehnen möchten.

Wenn Sie eine chronische Erkrankung haben:

- In welchem Stadium befindet sich meine Krankheit und wie könnte sie sich entwickeln?
- Kann mein Zustand mein Gedächtnis oder meine Fähigkeit, in Zukunft selbständig Entscheidungen zu treffen, beeinträchtigen?
- Könnte sie lebensbedrohlich werden?
- Welche lebenserhaltenden oder lebensverlängernden medizinischen Maßnahmen könnte ich aufgrund dieser Erkrankung benötigen?
- Was sollte ich nach Meinung meines Arztes in meiner Versorgungsplanung beachten und berücksichtigen?

Wollen Sie im Falle einer lebensbedrohlichen Krankheit oder Verletzung Folgendes annehmen oder ablehnen:

- Herz-Lungen-Wiederbelebung (HLW)?
- Alle, einige oder keine lebenserhaltenden oder lebensverlängernden medizinischen Maßnahmen, wenn ein Arzt sagt, dass die Behandlungen medizinisch angebracht sind?
- Eine Probezeit mit lebenserhaltenden Maßnahmen und lebensverlängernden medizinischen Eingriffen, um einen natürlichen Tod zu ermöglichen, wenn sich Ihr Zustand nicht bessern wird?

Sie sollten sich fragen: „Würde ich lebenserhaltende Maßnahmen oder lebensverlängernde medizinische Eingriffe wollen, wenn ich Folgendes nicht mehr tun könnte“:

- Mein Leben und meine Aktivitäten so genießen, wie ich es jetzt tue?
- Aus dem Bett aufstehen, spazieren gehen oder alleine nach draußen gehen?
- Meine Verwandten oder Freunde erkennen und sinnvoll mit ihnen kommunizieren?
- Selbstständig denken?



# Optionen für die Versorgungsplanung

---

Es gibt eine Reihe von Möglichkeiten, Ihre Wünsche und Anweisungen mitzuteilen, wenn Sie nicht mehr in der Lage sind, dies selbst zu tun. Ihre persönlichen Lebensumstände und die Art der Versorgungsplanung, die Sie erstellen möchten, beeinflussen die von Ihnen gewählten Optionen.

## Grundlagen der Versorgungsplanung

Jeder Versorgungsplan sollte diese drei Punkte enthalten:

Gespräche mit Familienangehörigen oder Freunden und Ärzten über Ihre Überzeugungen, Werte und Wünsche.

Schreiben Sie Ihre Überzeugungen, Werte und Wünsche für die zukünftige medizinische Betreuung auf.

Notieren Sie die Kontaktinformationen der Personen, die für die Liste der vorübergehenden Vormünder in Frage kommen.

## Optionen für die Versorgungsplanung

Die folgenden Angaben sind fakultativ, je nachdem, was Sie für Ihre Versorgungsplanung benötigen:

Standart  
vertretungsvereinbarung:  
Abschnitt 7

Ermöglicht es Ihnen, eine Person zu benennen, die routinemäßige Entscheidungen in Bezug auf die Finanzverwaltung, die persönliche Pflege und einige Entscheidungen im Bereich der Krankheitsbehandlung trifft.

Die Person hat nicht das Recht, lebenserhaltende oder lebensverlängernde medizinische Maßnahmen für Sie abzulehnen.

Erweiterte  
Vertretungsvereinbarung:  
Abschnitt 9

Sie können eine Person benennen, die für Sie Entscheidungen über die persönliche Pflege und einige Entscheidungen über die medizinische Versorgung trifft, einschließlich der Entscheidung, lebenserhaltende Maßnahmen oder lebensverlängernde medizinische Eingriffe für Sie zu akzeptieren oder abzulehnen.

Patientenverfügung

Ermöglicht es Ihnen, Ihre Entscheidungen über die Annahme oder Ablehnung medizinischer Behandlungen, einschließlich lebenserhaltender oder lebensverlängernder medizinischer Maßnahmen, direkt gegenüber einem Leistungserbringer im Gesundheitswesen zu äußern.

Die Patientenverfügung muss befolgt werden, wenn sie sich auf die zu diesem Zeitpunkt erforderlichen Entscheidungen zur Krankheitsbehandlung bezieht. Niemand wird aufgefordert, eine Entscheidung für Sie zu treffen.

Vorsorgevollmacht

Damit können Sie eine Person ernennen, die in Ihrem Namen finanzielle und rechtliche Entscheidungen trifft, wenn Sie geschäftsunfähig werden.

## Vorübergehender Stellvertreter des Entscheidungsträgers (TSDM)

Ein vorübergehender stellvertretender Entscheidungsträger (Temporary Substitute Decision Maker, TSDM) wird ernannt, wenn Sie keine Person (Vertreter) benannt haben, die für Sie Entscheidungen im Bereich der Gesundheitsfürsorge trifft, wenn Sie nicht in der Lage sind, diese selbst zu treffen.

Der TSDM wird von Ihrem Arzt oder einem anderen Gesundheitsdienstleister aus einer Liste ausgewählt, die Sie ausfüllen können. Die Reihenfolge der Personen, die in die Liste aufgenommen werden können, wird durch das Gesetz von British Columbia festgelegt. Damit eine Person als TSDM fungieren kann, muss sie mindestens 19 Jahre alt und geschäftsfähig sein, keinen Streit mit Ihnen haben und im letzten Jahr mit Ihnen in Kontakt gewesen sein.

Eine Person aus der nachstehenden Liste muss in der angegebenen Reihenfolge kontaktiert werden:

1. Ihr Ehepartner (verheiratet, in eheähnlicher Gemeinschaft, gleichgeschlechtlich – die Dauer des Zusammenlebens spielt dabei keine Rolle)
2. Ein Sohn oder eine Tochter (19 oder älter, die Reihenfolge der Geburt spielt keine Rolle)
3. Ein Elternteil (entweder ein Elternteil oder ein Adoptivelternteil)
4. Ein Bruder oder eine Schwester (die Reihenfolge der Geburt spielt keine Rolle)
5. Ein Großelternteil
6. Ein Enkelkind (die Reihenfolge der Geburt spielt keine Rolle)
7. Jede andere Person, die mit Ihnen durch Geburt oder Adoption verwandt ist
8. Ein/e enge/r Freund/in
9. Eine Person, die mit Ihnen durch Heirat unmittelbar verwandt ist (Schwiegereltern, Stiefeltern, Stiefkinder usw.)

Sie dürfen die Reihenfolge der Liste nicht ändern. Eine Person, die weiter unten auf der Liste steht, kann von Ihrem medizinischen Betreuer nur dann als TSDM ausgewählt werden, wenn alle darüber stehenden Personen nicht in Frage kommen oder nicht verfügbar sind.

Wenn Sie wissen, dass Sie möchten, dass jemand, der weiter unten auf der Liste steht, Entscheidungen über Ihre medizinische Versorgung trifft, sollten Sie diese Person mit Hilfe eines Formulars für eine Vertretungsvereinbarung rechtlich als Ihren Vertreter benennen. Im hinteren Teil dieses Leitfadens finden Sie zwei verschiedene Formulare für eine Vertretungsvereinbarung. Achten Sie darauf, dass Sie dasjenige verwenden, die Ihren Bedürfnissen entspricht. Weitere Informationen über die Unterschiede zwischen diesen beiden Arten von Vertretungsvereinbarungen folgen im nächsten Abschnitt.

Ihr TSDM ist gesetzlich verpflichtet, Entscheidungen unter Berücksichtigung Ihrer Wünsche zu treffen. Wenn Sie Gespräche über eine Versorgungsplanung geführt und Ihre Überzeugungen, Werte und Wünsche schriftlich festgehalten haben, wird Ihr TSDM Ihre Wünsche kennen und darauf eingehen können, wenn er/sie gebeten wird, für Sie Entscheidungen über die medizinische Versorgung zu treffen.

Wenn Sie damit einverstanden sind, dass im Bedarfsfall ein TSDM gewählt wird, muss Ihre Versorgungsplanung Folgendes enthalten:

- Besprechung Ihrer Überzeugungen, Werte und Wünsche mit der Familie oder einem vertrauenswürdigen Freund;
- Schreiben Sie Ihre Überzeugungen, Werte und Wünsche auf (S. 30) und
- füllen Sie Ihre TSDM-Liste (S. 28) mit den Kontaktinformationen von Personen aus, die von einem Arzt oder einer Ärztin angesprochen werden können, wenn ein TSDM erforderlich ist.



Pat, 47, ist eine Büroangestellte bei guter Gesundheit und lebt in einer kleinen Stadt im Norden. Sie ist seit 24 Jahren mit Tom, 49, verheiratet, mit dem sie drei Kinder im Alter von 20, 17 und 14 Jahren hat. Die beiden Jüngsten leben noch zu Hause, und der Älteste ist letztes Jahr weggezogen, um zu studieren. Nachdem sie in den letzten Jahren eine Reihe von Familienangehörigen und Freunden verloren hatte, begann Pat, über ihre zukünftige Gesundheitssituation nachzudenken. Sie sprach mit Tom über ihre Gefühle und Sorgen. Es stellte sich heraus, dass auch Tom viele der gleichen Gedanken hatte wie Pat. Sie beschlossen gemeinsam, eine Versorgungsplanung zu erstellen, damit jeder die Wünsche des anderen in Bezug auf künftige Entscheidungen zur Krankenbehandlung kennt.

Pat und Tom haben sich dafür entschieden, ihre Überzeugungen, Werte und Wünsche zu dokumentieren und sich gegenseitig in ihre TSDM-Listen einzutragen, weil:

- Pat und Tom in einer dauerhaften, stabilen Beziehung leben;
- sie einander vertrauen, gute Entscheidungen füreinander zu treffen, indem sie ihre Überzeugungen, Werte und Wünsche respektieren;
- sie als Ehepartner ganz oben auf der TSDM-Liste des jeweils anderen stehen; und
- Pat ihre Überzeugungen, Werte und Wünsche mit ihrem erwachsenen Kind und ihrer Mutter besprochen hat, die sich als die beiden nächsten TSDMs qualifizieren würden, wenn Tom nicht verfügbar ist.

## Vertretungsvereinbarungen

Erwachsene in British Columbia können in einer Vertretungsvereinbarung einen Vertreter benennen, wenn sie möchten, dass eine bestimmte Person in ihrem Namen bestimmte Entscheidungen trifft. Es gibt zwei Arten von Vertretungsvereinbarungen.

### Standardvereinbarung: Abschnitt 7 Vertretungsvereinbarung

Eine Vertretungsvereinbarung nach Abschnitt 7 ermöglicht es Ihnen, einen Vertreter zu benennen, der Entscheidungen über die routinemäßige Verwaltung Ihrer finanziellen Angelegenheiten, Ihre persönliche Betreuung und einige Entscheidungen zur medizinischen Versorgung trifft. Sie erlaubt es Ihrem Vertreter nicht, für Sie Entscheidungen über die medizinische Behandlung zu treffen, die die Ablehnung lebenserhaltender oder lebensverlängernder medizinischer Maßnahmen beinhalten.

Für Erwachsene, die nach Einschätzung eines Arztes nicht in der Lage sind, eine erweiterte Vertretungsvereinbarung (§ 9) abzuschließen, kann eine Standardvereinbarung in Betracht kommen. Eine Vertretungsvereinbarung nach Abschnitt 7 ermöglicht es Erwachsenen mit eingeschränkten Fähigkeiten (z. B. aufgrund von Entwicklungsstörungen oder Verletzungen/Erkrankungen des Gehirns, die die kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigen), eine gewisse Vorausplanung der Versorgung vorzunehmen.

Erwachsene, die in der Lage sind, eine Vertretungsvereinbarung nach Abschnitt 9 zu treffen, können sich auch für eine Vertretungsvereinbarung nach Abschnitt 7 entscheiden, wenn dies ihren Bedürfnissen entspricht.

Das Ausfüllen einer Vertretungsvereinbarung nach Abschnitt 7 als Teil Ihrer Versorgungsplanung beinhaltet Folgendes:

- Besprechung Ihrer Überzeugungen, Werte und Wünsche mit der Familie oder einem vertrauenswürdigen Freund;
- Schreiben Sie Ihre Überzeugungen, Werte und Wünsche auf (S. 30);
- Benennung Ihres Vertreters und Niederschrift Ihrer Anweisungen in einer Vertretungsvereinbarung unter Verwendung eines Formulars nach Abschnitt 7 (S. 34); und
- Füllen Sie Ihre TSDM-Liste mit den Kontaktinformationen von Personen aus, die von einem Arzt kontaktiert werden können, wenn ein TSDM benötigt wird, falls Ihr Vertreter zurücktritt oder nicht verfügbar ist oder eine Entscheidung über lebenserhaltende oder lebensverlängernde medizinische Interventionen erforderlich ist (S.28).

Michael, 38, hatte vor zehn Jahren einen schweren Motorradunfall. Er erlitt eine Kopfverletzung, ist seither gelähmt und hat aufgrund des Unfalls anhaltende Gedächtnisprobleme. Er ist alleinstehend, seine Eltern sind verstorben, und er hat einen jüngeren Bruder, dem er nahe steht und der außerhalb der Provinz lebt. Michael lebt seit acht Jahren allein in seiner eigenen Wohnung. Spezielle Hilfsmittel und Hausbesuche von Pflegekräften ermöglichen es ihm, so unabhängig wie möglich zu sein. Sein bester Freund Ben nimmt ihn jede Woche zum Einkaufen und zu Arztterminen mit. Michaels Gesundheitszustand ist gut, obwohl er sagt, dass sich sein Gedächtnis im letzten Jahr verschlechtert hat, was die Entscheidungsfindung erschwert. Er ist zunehmend davon abhängig, dass Ben dafür sorgt, dass seine Rechnungen pünktlich bezahlt werden und dass er Arzttermine für ihn vereinbart und diese mit ihm wahrnimmt. Michaels Gemeindegemeinschwestern hat ihm vorgeschlagen, einen Bevollmächtigten zu benennen, der ihm bei der Verwaltung seiner persönlichen, finanziellen und einigen gesundheitlichen Entscheidungen hilft.

Michael ist berechtigt, eine Vertretungsvereinbarung nach Abschnitt 7 abzuschließen, weil er unter Berücksichtigung aller relevanten Faktoren:

- seinen Wunsch äußern kann, einen Vertreter zu haben, der ihm hilft, Entscheidungen über seine persönliche Versorgung, seine laufenden Finanzen und bestimmte medizinische Leistungen zu treffen, und er versteht, dass sein Vertreter Entscheidungen treffen oder nicht mehr treffen kann, die ihn betreffen;
- seinem Freund Ben vertraut und er weiß, dass Ben für ihn sorgen wird;
- weiß und versteht, dass er nicht will, dass Ben Entscheidungen über die Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen oder lebensverlängernder medizinischer Eingriffe trifft;
- Ben qualifiziert ist und zugestimmt hat, als sein Vertreter benannt zu werden; und
- obwohl sein Bruder außerhalb von BC lebt, er in Kontakt bleibt und sich als Michaels TSDM qualifizieren würde, wenn Entscheidungen über lebenserhaltende Maßnahmen getroffen werden müssten.

## **Erweiterte Vereinbarung: Abschnitt 9 Vertretungsvereinbarung**

Mit einer Vertretungsvereinbarung nach Abschnitt 9 können Sie einen Vertreter benennen, der Entscheidungen über die persönliche Pflege und medizinische Behandlungen trifft, einschließlich Entscheidungen über die Annahme oder Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen und lebensverlängernder medizinischer Eingriffe. Ein in einer Vertretungsvereinbarung nach Abschnitt 9 benannter Vertreter darf keine Entscheidungen über Ihre finanziellen Angelegenheiten treffen. Damit jemand im Falle Ihrer Geschäftsunfähigkeit finanzielle Entscheidungen für Sie treffen kann, können Sie eine Person (einen so genannten Bevollmächtigten) mit Hilfe eines Formulars für eine dauerhafte Vollmacht ernennen (weitere Informationen auf S. 19).

Das Ausfüllen einer Vertretungsvereinbarung nach Abschnitt 9 als Teil Ihrer Versorgungsplanung beinhaltet Folgendes:

- Besprechung Ihrer Überzeugungen, Werte und Wünsche mit der Familie oder einem vertrauenswürdigen Freund;
- Schreiben Sie Ihre Überzeugungen, Werte und Wünsche auf (S. 30);
- Benennung Ihres Vertreters und Niederschrift Ihrer Anweisungen in einer Vertretungsvereinbarung unter Verwendung eines Formulars nach Abschnitt 9 (S. 44); und
- Ausfüllen Ihrer TSDM-Liste mit den Kontaktinformationen von Personen, die von einem Arzt kontaktiert werden können, wenn ein TSDM benötigt wird, falls Ihr Vertreter zurücktritt oder nicht verfügbar ist (S.28).

Gurdeep, 74, zog vor zehn Jahren mit seiner Frau Rani, die kaum Englisch spricht, nach Kanada. Gurdeeps Gesundheitszustand ist seit sieben Jahren schlecht. Er hat eine Nierenerkrankung aufgrund von Diabetes und hohem Blutdruck. Er braucht dreimal wöchentlich eine Nierendialyse und leidet an kongestiver Herzinsuffizienz, die sich alle paar Monate verschlimmert. Er und Rani leben mit ihrem ältesten Sohn Jeet zusammen, der ihm bei der Pflege hilft und mit ihm zu Gurdeeps Arztterminen geht. Gurdeep hat fünf weitere Kinder, die in der Nähe wohnen, und er hat zu allen ein gutes Verhältnis. Da sich Gurdeeps Gesundheitszustand deutlich verschlechtert, schlägt sein Arzt vor, einen Versorgungsplan zu erstellen, damit seine Wünsche bekannt sind und klar ist, wer Entscheidungen für Gurd treffen wird, wenn er nicht mehr in der Lage ist, selbst zu entscheiden.

Gurd sprach mit seiner Frau und seinen Kindern und stellte fest, dass er lieber bis zum Ende seines Lebens zu Hause bleiben möchte als in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung. Er hat Angst vor Schmerzen und möchte nicht an Maschinen angeschlossen werden, um sein Leben zu verlängern. Trotz seiner gesundheitlichen Probleme möchte er auch als Organspender auftreten. Er beschließt, dass Jeet für ihn Entscheidungen über die medizinische Behandlung trifft, wenn er nicht mehr in der Lage ist, sie zu treffen.



Gurd entschloss sich zum Abschluss einer Vertretungsvereinbarung nach Abschnitt 9, weil:

- Jeet nicht an der Spitze der TSDM-Liste steht und als Gurds Vertreter benannt werden muss, damit er gebeten werden kann, Entscheidungen über seine medizinische Versorgung zu treffen;
- Gurd weiß, dass Jeet auch ohne Übersetzer mit seinem Arzt sprechen kann;
- Gurd darauf vertraut, dass Jeet Entscheidungen zur medizinischen Behandlung trifft, die seinen Überzeugungen, Werten und Wünschen entsprechen, und dass er Rani in wichtige Gespräche einbezieht; und
- Eine Vertretungsvereinbarung nach Abschnitt 9 wird es Jeet ermöglichen, lebenserhaltende Maßnahmen und lebensverlängernde medizinische Eingriffe zu akzeptieren oder abzulehnen.

Gurd möchte vielleicht eines seiner anderen Kinder als seinen Stellvertreter benennen, falls Jeet zurücktritt. Gurd könnte zusätzlich oder alternativ eine Patientenverfügung verfassen und auf dem Formular für die Vertretungsvereinbarung nach Abschnitt 9 vermerken, dass seine Patientenverfügung direkt von einem Arzt befolgt werden kann, ohne dass sein Vertreter um eine Entscheidung gebeten wird. Diese Möglichkeiten sollen sicherstellen, dass Gurds Wünsche und Anweisungen für medizinische Behandlungen befolgt werden.

## Patientenverfügung

Mit einer Patientenverfügung kann ein geschäftsfähiger Erwachsener seine Entscheidungen über die Annahme oder Ablehnung medizinischer Behandlungen, einschließlich lebenserhaltender und lebensverlängernder medizinischer Eingriffe, klar zum Ausdruck bringen und diese Anweisungen und Entscheidungen direkt an den/die Gesundheitsdienstleister weitergeben. Ihre Patientenverfügung muss befolgt werden, solange sie sich auf die Gesundheitsbehandlung bezieht, die Sie zu diesem Zeitpunkt benötigen. Ein TSDM wird nur dann eingesetzt, wenn eine Entscheidung über eine medizinische Behandlung erforderlich ist, die nicht in Ihrer Patientenverfügung enthalten ist.

Das Ausfüllen einer Patientenverfügung nach Abschnitt 9 als Teil Ihrer Versorgungsplanung beinhaltet Folgendes:

- Besprechung Ihrer Überzeugungen, Werte und Wünsche mit der Familie oder einem vertrauenswürdigen Freund;
- Schreiben Sie Ihre Überzeugungen, Werte und Wünsche auf (S. 30);
- Festhalten Ihrer Entscheidungen über die künftige medizinische Versorgung in einer Patientenverfügung (S. 50); und
- Ausfüllen Ihrer TSDM-Liste mit den Kontaktinformationen von Personen, die von einem Arzt kontaktiert werden können, wenn ein TSDM erforderlich ist, um eine Gesundheitsbehandlungsentscheidung zu treffen, die in Ihrer Patientenverfügung nicht behandelt wird (S.28).

Jenny, 58, kam vor 24 Jahren aus China nach Kanada. Sie ist unverheiratet und hat keine Angehörigen. Sie ist eine Privatperson mit einer Katze und einem kleinen Freundeskreis, zu dem auch ihre enge Freundin Rose gehört, die häufig auf Reisen ist. Jenny war ihr ganzes Leben lang gesund, bis sie vor einem Monat starke Schmerzen in der Brust verspürte, als sie einen steilen Hügel hinaufging. Jennys Arzt stellte nach mehreren Tests fest, dass ihre Arterien verstopft sind, ihr Cholesterinspiegel zu hoch ist und sie ein ernsthaftes Risiko für einen Herzinfarkt hat. Er verschrieb ihr Medikamente, schlug ihr vor, das Rauchen aufzugeben,



und überwies sie zur weiteren Behandlung an einen Herzspezialisten. Er schlug ihr vor, über eine Versorgungsplanung nachzudenken, um sicherzustellen, dass ihre Entscheidungen im Gesundheitswesen bekannt sind und von den Leistungserbringern respektiert werden, da sie keine nahen Angehörigen hat. Nachdem sie darüber nachgedacht hatte, welche lebenserhaltenden und lebensverlängernden medizinischen Maßnahmen sie im Falle einer Verschlechterung ihres Zustands benötigen könnte, entschied sich Jenny, eine Patientenverfügung zu verfassen.

Jenny hat sich entschieden, eine Patientenverfügung auszufüllen, weil:

- Jenny keine Familie hat, und ihre enge Freundin möglicherweise nicht zur Verfügung steht, um von einem Arzt als TSDM ausgewählt zu werden;
- Jenny ihre Wünsche und Weisungen in Bezug auf lebenserhaltende und lebensverlängernde medizinische Maßnahmen festlegen und angeben kann, wann diese beginnen, fortsetzen oder beenden sollten; und
- Jennys Arzt Jenny und ihre Hoffnungen und Wünsche für die Zukunft viel besser kennt, nachdem er mit ihr ein Gespräch über die Vorausplanung geführt und eine Kopie ihrer Versorgungsplanung erhalten hat.

Vielleicht möchte Jenny mit ihrer Freundin Rose oder einer anderen Person ihres Vertrauens über ihre Wünsche sprechen und sicherstellen, dass sie in ihrer Kontaktliste aufgeführt sind, damit sie bei Bedarf als TSDM fungieren können. Vielleicht möchte sie auch eine dauerhafte Vollmacht ausstellen, um jemanden mit der Verwaltung ihrer Finanzen und ihres Vermögens zu beauftragen, falls sie selbst dazu nicht mehr in der Lage sein sollte (weitere Informationen auf S. 19).

## Eine Vertretungsvereinbarung und eine Patientenverfügung

Unterschiedliche persönliche Umstände können Einfluss darauf haben, ob sich ein Erwachsener für eine Vertretungsvereinbarung, eine Patientenverfügung oder einfach dafür entscheidet, seine Überzeugungen, Werte und Wünsche mit nahen Verwandten und Freunden zu besprechen und Kontaktinformationen für einen TSDM zu ermitteln. Die Gesetze zur persönlichen Lebensplanung in British Columbia bieten auch die Möglichkeit, sowohl eine Vertretungsvereinbarung als auch eine Patientenverfügung zu erstellen.

Wenn Sie sowohl eine Vertretungsvereinbarung als auch eine Patientenverfügung haben und möchten, dass Ihre Patientenverfügung von Ihrem Gesundheitsdienstleister befolgt wird, ohne dass Ihr Vertreter um eine Entscheidung gebeten wird, dann müssen Sie dies in Ihrer Vertretungsvereinbarung angeben.

Das Ausfüllen einer Vertretungsvereinbarung und einer Patientenverfügung im Rahmen Ihres Vorsorgeplans umfasst Folgendes:

- Besprechung Ihrer Überzeugungen, Werte und Wünsche mit der Familie oder einem vertrauenswürdigen Freund;
- Schreiben Sie Ihre Überzeugungen, Werte und Wünsche auf (S. 30);
- Benennung Ihres Vertreters in einer Vertretungsvereinbarung unter Verwendung eines Formulars nach Abschnitt 7 (S. 34) oder Abschnitt 9 (S. 44);
- Ihre Entscheidungen über die künftige medizinische Versorgung in einer Patientenverfügung (S. 50) [Hinweis: Sie müssen in Ihrer Vertretungsvereinbarung festlegen, dass ein Leistungserbringer im Gesundheitswesen gemäß den Anweisungen in Ihrer Patientenverfügung handeln darf, ohne dass Ihr Vertreter zustimmen muss, wenn Sie dies wünschen]; und
- Ausfüllen Ihrer TSDM-Liste mit den Kontaktinformationen von Personen, die von einem Arzt kontaktiert werden können, wenn ein TSDM erforderlich ist, um eine Entscheidung über die Gesundheitsbehandlung zu treffen, wenn Ihr Vertreter zurücktritt oder nicht verfügbar ist und Ihre Patientenverfügung nicht zutrifft (S. 28).

## Eine Vertretungsvereinbarung nach Abschnitt 7 und eine Patientenverfügung

Wenn Sie zusätzlich zu einer Vertretungsvereinbarung nach Abschnitt 7 eine Patientenverfügung verfassen, können Sie Ihrem(n) Arzt/Ärzten konkrete Anweisungen erteilen, sofern Sie in Ihrer Vertretungsvereinbarung festhalten, dass Ihre Patientenverfügung befolgt werden kann, ohne dass Ihr Vertreter gebeten wird, Entscheidungen über Ihre medizinische Versorgung zu treffen.

Bei Marie, 34, wurde eine frühe Psychose diagnostiziert und behandelt, als sie 16 Jahre alt war. Die meiste Zeit funktioniert sie gut, hat ihre Symptome im Griff und kann sich selbst versorgen. Sie ist mit Tony verheiratet, der zeitweise außer Haus arbeitet. Ihre Schwester Jeanne wohnt in der Nähe und hilft Marie, wann immer sie kann. Wenn es Marie nicht gut geht, liegt das meist an wiederkehrenden Symptomen einer Psychose. In diesem Fall ist sie nicht mehr in der Lage, für sich selbst und ihr Zuhause zu sorgen. Die Beurteilung und Behandlung ihrer Symptome kann zu Hause erfolgen, manchmal wird sie aber auch in eine stationäre psychiatrische Abteilung des örtlichen Krankenhauses eingewiesen. Dieser Zyklus hat sich alle ein bis zwei Jahre wiederholt, und wenn Maries Symptome schwerwiegend sind, lehnt sie manchmal die Behandlung ab, die sie stabilisieren könnte.

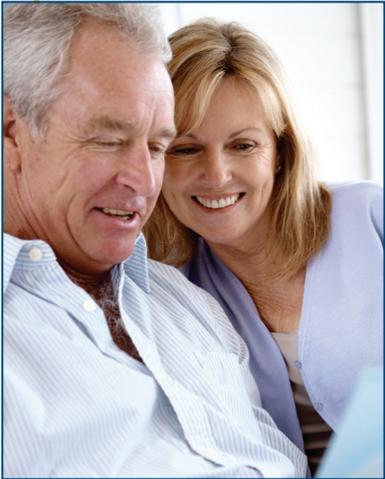
Nach ihrem letzten Krankenhausaufenthalt sprach Marie mit Tony, ihrem Psychiater und Jeanne über die längerfristige Planung ihrer Betreuung während dieser Ereignisse. Bei ihrem letzten Termin schlug Maries Hausarzt ihr vor, eine Versorgungsplanung zu erstellen, um Entscheidungen über die künftige medizinische Versorgung und die persönliche Lebensplanung zu treffen. Es wurde vorgeschlagen, dass Marie einen Vertreter benennt, der sich um ihre Pflege und ihre laufenden finanziellen Bedürfnisse kümmert, wenn sie im Krankenhaus sein muss und Tony nicht zu Hause ist. Ihr wurde auch geraten, eine Patientenverfügung zu erteilen, um sicherzustellen, dass sie so früh wie möglich behandelt wird, wenn ihre Symptome einer Psychose wieder auftreten. Marie hat sich dafür entschieden, eine Vertretungsvereinbarung nach Abschnitt 7 und eine Patientenverfügung auszufüllen.

Marie hat sich dafür entschieden, eine Vertretungsvereinbarung nach Abschnitt 7 und eine Patientenverfügung auszufüllen, weil:

- Maries Vertreterin Jeanne in der Lage sein wird, Entscheidungen über Maries alltägliche Finanzen zu treffen, wenn sie krank ist und Tony abwesend ist. Marie kann die Befugnis von Jeanne, Entscheidungen im Bereich der Gesundheitsfürsorge zu treffen, auf die Zeiten beschränken, in denen die Psychose-Symptome ein bestimmtes Stadium erreichen.
- Marie nicht will, dass Jeanne Entscheidungen über die Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen trifft.
- Maries Patientenverfügung ihr ermöglicht, ausführliche Anweisungen für ihre eigene Gesundheitsversorgung direkt an ihre(n) Arzt/Ärztin zu geben.
- Eine Patientenverfügung stellt sicher, dass Marie die medizinisch angemessene Versorgung erhält, die sie benötigt, selbst wenn sie die Behandlung zum Zeitpunkt der Notwendigkeit ablehnt.

## Eine Vertretungsvereinbarung nach Abschnitt 9 und eine Patientenverfügung

Wenn Sie zusätzlich zu einer Vertretungsvereinbarung nach Abschnitt 9 eine Patientenverfügung verfassen, können Sie Ihrem(n) Arzt/Ärzten konkrete Anweisungen erteilen, sofern Sie in Ihrer Vertretungsvereinbarung festhalten, dass Ihre Patientenverfügung befolgt werden kann, ohne dass Ihr Vertreter gebeten wird, Entscheidungen über Ihre medizinische Versorgung zu treffen.



Don, 68, ist ein Geschäftsmann, der vor zwei Monaten erfuhr, dass er Prostatakrebs hat. Don hat keine anderen gesundheitlichen Probleme – obwohl er seit über 50 Jahren Zigaretten raucht, unter chronischem Husten leidet und etwas übergewichtig ist. Er hat letztes Jahr einen Freund durch Prostatakrebs verloren, und sein Bruder starb vor fünf Jahren an Darmkrebs. Don ist zweimal geschieden, hat drei erwachsene Töchter, die in der gleichen Stadt leben, ist immer noch eng mit seiner ersten Frau befreundet und ist vor zwei Monaten mit seiner neuen Partnerin Sheila zusammengezogen, die seine Töchter nicht gut kennen.

Mit seiner jüngsten Tochter Karen versteht er sich gut und sie kennt seine Wünsche. Don besuchte seinen Arzt für einen Routinetest und besprach seine Sorgen. Sein Arzt schlug ihm vor, über eine Versorgungsplanung nachzudenken und sich zu überlegen, wer sein Entscheidungsträger sein soll, wenn er nicht mehr in der Lage ist, seine eigenen Gesundheitsentscheidungen zu treffen. Don hat sich dafür entschieden, eine Vertretungsvereinbarung nach Abschnitt 9 und eine Patientenverfügung auszufüllen.

Don hat sich dafür entschieden, eine Vertretungsvereinbarung nach Abschnitt 9 und eine Patientenverfügung auszufüllen, weil:

- Don mehr als eine enge Beziehung zu vielen Menschen hat, die sich sehr um ihn kümmern. Wenn Don krank wird und nicht mehr in der Lage ist, für sich selbst zu entscheiden, besteht die Möglichkeit, dass viele Menschen glauben, sie könnten Dons Wünsche am besten zum Ausdruck bringen.
- Ohne einen benannten Vertreter müssen Dons Ärzte Sheila als TSDM auswählen, um Entscheidungen zu treffen, die seine Töchter betreffen könnten.
- Indem er seine Anweisungen für die Gesundheitsversorgung in einer Patientenverfügung festhält, werden Dons Ärzte und Pfleger über seine Wünsche informiert.

Wenn Don seine erste Ehefrau und/oder seine jüngste Tochter Karen als seine Vertreterin(nen) wünscht, kann er eine als seine Vertreterin und eine als seine Stellvertreterin benennen.

## Vorsorgevollmacht

Mit einer Dauervollmacht kann ein Erwachsener eine andere Person (seinen Bevollmächtigten) ernennen, die Entscheidungen über seine finanziellen und rechtlichen Angelegenheiten trifft. Die Person (Bevollmächtigter) ist befugt zu handeln, wenn der Erwachsene geschäftsunfähig wird.

Die dem Bevollmächtigten erteilten Befugnisse können auf Ihre Bedürfnisse zugeschnitten werden. Das kann zum Beispiel von der Möglichkeit, Schecks auf Ihr Girokonto einzuzahlen, bis zum vollständigen Zugriff auf Ihr gesamtes Vermögen reichen.

Bevollmächtigte dürfen keine Entscheidungen über medizinische Behandlungen treffen. Eine Vertretungsvereinbarung ist die einzige Möglichkeit, jemanden zu ernennen, der in Ihrem Namen Entscheidungen über die medizinische Versorgung trifft.

## Mittel

---

Das Formular für eine dauerhafte Vollmacht finden Sie unter:

[www2.gov.bc.ca/gov/content/health/managing-your-health/incapacity-planning](http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/managing-your-health/incapacity-planning)

Weitere Informationen erhalten Sie auf der Website von Public Guardian and Trustee of British Columbia:

[www.trustee.bc.ca](http://www.trustee.bc.ca)

Der Lawyer Referral Service ([www.cba.org/BC/Initiatives/main/lawyer\\_referral.aspx](http://www.cba.org/BC/Initiatives/main/lawyer_referral.aspx)) wird von der Niederlassung der kanadischen Anwaltskammer in British Columbia angeboten. Sie bietet gegen eine geringe Gebühr eine Erstberatung durch einen Anwalt von bis zu 30 Minuten Dauer an. Die Mitarbeiter sind von Montag bis Freitag von 8:30 bis 16:30 Uhr erreichbar. Telefon 604 687-3221 in Lower Mainland oder gebührenfrei in BC unter 1 800 663-1919.

# Ändern oder Aufheben Ihrer Versorgungsplanung

---

Ihre persönlichen Verhältnisse ändern sich mit der Zeit. Solange Sie geschäftsfähig sind, können Sie Ihre vorausschauende Versorgungsplanung jederzeit ändern oder widerrufen (aufheben). Dazu gehören auch Vertretungsvereinbarungen und Patientenverfügungen.

Es ist wichtig, Ihre Versorgungsplanung regelmäßig zu überprüfen und zu ändern, wenn Sie dies für notwendig erachten. Fragen Sie bei einer Überprüfung Ihren Vertreter oder eventuelle TSDM, ob sie noch bereit und in der Lage sind, Entscheidungen über Ihre medizinische Versorgung zu treffen. Überprüfen Sie die Wünsche, die Sie in Ihrem Vorsorgeplan niedergeschrieben haben, einschließlich aller spezifischen Anweisungen, die Sie in Ihrer Vertretungsvereinbarung oder Ihrer Patientenverfügung verfasst haben.

Sie sollten sich, bevor Sie Ihren Vorsorgeplan ändern oder kündigen, vergewissern, dass Sie über Ihren aktuellen Gesundheitszustand und alle neuen Behandlungsmöglichkeiten informiert sind.

In den folgenden Anleitungen erfahren Sie, was zu tun ist, wenn Sie Ihren Vorsorgeplan, einschließlich Ihres Vertretungsvertrags und Ihrer Patientenverfügung, ändern, aktualisieren oder aufheben möchten.

1. Änderungen der Zusammenfassung Ihrer Versorgungsplanung, der TSDM-Kontaktliste und/oder Ihrer Überzeugungen, Werte und Wünsche in Bezug auf die Gesundheitsversorgung, einschließlich lebensverlängernder medizinischer Eingriffe:

Vernichten Sie die alten Seiten und füllen Sie neue Seiten aus. Achten Sie darauf, die neuen Seiten zu unterschreiben und zu datieren, wo dies erforderlich ist. Wenn Sie bisher keinen Vertreter benannt oder keine Patientenverfügung verfasst haben und dies auch weiterhin nicht wünschen, fahren Sie mit Punkt 4 fort.

Wenn Sie einen Vertreter benennen [Abschnitt 7 (S. 34) oder Abschnitt 9 (S. 44)] oder eine Patientenverfügung (S. 50) verfassen möchten, füllen Sie die Formulare aus und informieren Sie Ihre Familie, Freunde und Ärzte.

2. Änderungen an Ihrer Vertretungsvereinbarung (Abschnitt 7 oder 9) und/oder Ihrer Patientenverfügung Sie haben zwei Möglichkeiten:
  - Nehmen Sie die Änderungen direkt in Ihrer bestehenden Vertretungsvereinbarung oder Patientenverfügung vor und unterzeichnen und datieren Sie sie dann vor Zeugen in derselben Weise wie die Originale, oder
  - Erstellen Sie eine neue Vertretungsvereinbarung oder Patientenverfügung, die die alten ersetzt, und widerrufen Sie Ihre alte Vertretungsvereinbarung bzw. Ihre alte Patientenverfügung (siehe 3).

### 3. Widerruf einer bestehenden Vertretungsvereinbarung oder Patientenverfügung

Um eine bestehende Vertretungsvereinbarung oder Patientenverfügung zu kündigen (zu widerrufen), müssen Sie:

- das Original vernichten oder ein neues Dokument anfertigen und Ihre Absicht zum Ausdruck bringen, das alte Dokument zu widerrufen; und
- eine schriftliche Mitteilung über den Widerruf an die Person richten, die als Ihr Vertreter benannt ist, einschließlich eines eventuellen Stellvertreters oder Betreuers.

### 4. Unterrichtung über Änderungen

Wenn Sie Ihre Versorgungsplanung geändert oder aufgehoben haben, müssen Sie dies tun:

- Informieren Sie alle Familienangehörigen, Freunde und Leistungserbringer im Gesundheitswesen, dass Sie Ihren Vorsorgeplan geändert oder aufgehoben haben, einschließlich Änderungen an Ihrer Vertretungsvereinbarung oder Patientenverfügung, falls Sie diese Formulare ausgefüllt haben.
- Bitten Sie Ihre Familie, Ihre Freunde, Ihren Bevollmächtigten (falls Sie einen haben) und die Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Ihnen die alten Kopien Ihres Vorsorgeplans zurückzugeben, einschließlich der Kopien Ihrer alten Vertretungsvereinbarung und Ihrer Patientenverfügung, falls diese relevant sind, damit Sie sie vernichten können.
- Geben Sie Kopien Ihres geänderten Versorgungsplans, einschließlich der Vertretungsvereinbarung und der Patientenverfügung (falls Sie diese ausgefüllt haben), an Ihre Angehörigen oder Freunde und an den/die Gesundheitsdienstleister weiter.
- Es ist wichtig, dafür zu sorgen, dass Ihr Arzt und andere Gesundheitsdienstleister über Ihre aktuellen Wünsche und Verfügungen bezüglich Ihrer Behandlung informiert sind. Bitte stellen Sie sicher, dass Sie bei einer Aktualisierung Ihres Vorsorgeplans, einschließlich Ihrer Vertretungsvereinbarung oder Patientenverfügung, alle zuständigen Gesundheitsdienstleister informieren. Bitten Sie sie unbedingt, nicht mehr gültige ärztliche Anordnungen zu überprüfen und gegebenenfalls zu aktualisieren oder aufzuheben.

# Begriffsbestimmungen

---

**Ein Vorsorgeplan** ist eine schriftliche Zusammenfassung der Wünsche oder Anweisungen eines einwilligungsfähigen Erwachsenen, die einem stellvertretenden Entscheidungsträger als Leitfaden dient, wenn dieser von einem Arzt oder einem anderen Leistungserbringer des Gesundheitswesens gebeten wird, eine Entscheidung über die medizinische Behandlung im Namen des Erwachsenen zu treffen.

**Die Vorausplanung der Gesundheitsversorgung** ist ein Prozess, bei dem ein mündiger Erwachsener seine Überzeugungen, Werte und Wünsche in Bezug auf die Gesundheitsversorgung mit seinen nahen Angehörigen/Freunden und einem Gesundheitsdienstleister bespricht, bevor er möglicherweise nicht mehr in der Lage ist, für sich selbst zu entscheiden.

Unter einer **Patientenverfügung** versteht man die schriftlichen Anweisungen eines mündigen Erwachsenen, die sich direkt an den Leistungserbringer wenden und Auskunft darüber geben, welchen medizinischen Behandlungen der Erwachsene zustimmt oder sie ablehnt. Sie tritt in Kraft, wenn der geschäftsfähige Erwachsene geschäftsunfähig wird, und gilt nur für die in der Patientenverfügung genannten Gesundheitszustände und Behandlungen.

**Natürlichen Tod ermöglichen**, ist, wenn der Patient eine medizinisch angemessene Versorgung für Symptome wie Schmerzen oder Kurzatmigkeit erhält, wenn sich der Tod nähert.

**Die Herz-Lungen-Wiederbelebung (HLW)** ist ein Notfallverfahren zur Wiederbelebung von Personen, deren Herz und/oder Lunge unerwartet aufhören zu arbeiten. Die Herz-Lungen-Wiederbelebung kann wiederholte Kompressionen des Brustkorbs der betroffenen Person und die Atemspende umfassen, um die Lungen der Person aufzublähen und Sauerstoff zuzuführen.

**Dialyse** ist ein medizinischer Eingriff, der das Blut eines Menschen reinigt, wenn die Nieren dazu nicht mehr in der Lage sind.

**Palliativpflege** wird in der letzten Lebensphase geleistet. Die Pflege in dieser Zeit kann als unterstützende Pflege, Palliativpflege oder Symptombekämpfung bezeichnet werden. Die Palliativpflege befasst sich mit physischen, psychologischen und spirituellen Belangen und konzentriert sich auf Komfort, Respekt für Entscheidungen und Unterstützung für die Familie. Sie wird von einer interdisziplinären Gruppe von Medizinern erbracht.

**Eine Dauervollmacht** ist ein Dokument, in dem ein Erwachsener eine andere Person (seinen Bevollmächtigten) bevollmächtigt, Entscheidungen in Bezug auf die finanziellen Angelegenheiten, das Geschäft und das Vermögen des Erwachsenen zu treffen. Die Person (Bevollmächtigter) ist befugt, zu handeln, wenn der Volljährige geschäftsunfähig wird, oder weiter zu handeln, wenn der Volljährige geschäftsunfähig bleibt. Bevollmächtigte dürfen keine Entscheidungen über medizinische Behandlungen treffen.

**Gesundheitsdienstleister** ist eine Fachkraft, die gemäß dem *Health Professions Act* (z. B. Arzt, Krankenpfleger, Krankenschwester) und dem *Social Workers Act* (Gesetz über Sozialarbeiter) für die Erbringung von

Gesundheitsdienstleistungen zugelassen, zertifiziert oder registriert ist.

**Krankenbehandlung** ist alles, was zu therapeutischen, präventiven, palliativen, diagnostischen, kosmetischen oder anderen Zwecken der Gesundheitsfürsorge durchgeführt wird. Dabei kann es sich um eine Reihe ähnlicher Behandlungen oder Pflegemaßnahmen (z. B. Verabreichung von Blutdrucktabletten, Wundversorgung) handeln, die im Laufe der Zeit durchgeführt werden, oder um einen Plan für eine Vielzahl von Pflegemaßnahmen für einen Zeitraum von bis zu einem Jahr.

**Die Geschäftsunfähigkeit** wird von einem Gesundheitsdienstleister festgestellt, der sich bei seiner Entscheidung darauf stützen muss, ob der Erwachsene zeigt, dass er Folgendes verstanden hat oder nicht:

1. Die Informationen über ihren Gesundheitszustand;
2. Die Form der vorgeschlagenen Behandlung einschließlich Risiken, Nutzen und Alternativen; und
3. dass die Informationen auf ihre Situation zutreffen.

**Lebenserhaltende und lebensverlängernde medizinische Maßnahmen** sind medizinische Behandlungen wie Sondennahrung, Beatmungsgeräte, Nierendialyse, Medikamente und Herz-Lungen-Wiederbelebung. Sie gelten als medizinisch angemessene Versorgung, wenn das Ziel der Versorgung darin besteht, das Leben zu erhalten oder zu verlängern.

**Eine medizinisch angemessene Versorgung** ist eine von einem Leistungserbringer des Gesundheitswesens angebotene Behandlung, die dem Zustand und den Versorgungszielen des Patienten auf der Grundlage der Gesundheitsbewertung durch den Leistungserbringer des Gesundheitswesens entspricht.

**Ein Rechtspfleger** ist eine Person, die in einer Vertretungsvereinbarung ernannt werden kann, um sicherzustellen, dass der Vertreter seine Pflichten erfüllt.

**Krankenschwester und Krankenpflege** ist eine registrierte Pflegefachkraft, die die Anforderungen des Berufsstandes erfüllt hat, um registriert zu werden und den Titel „Nurse Practitioner“ zu führen. Sie bieten erweiterte Pflegedienstleistungen an, einschließlich Diagnose, Verschreibung, Anordnung von Tests und Verwaltung häufiger akuter und chronischer Krankheiten.

**Der persönliche Vormund (Bevollmächtigter der Person)** ist eine Person, die vom Gericht ernannt wird, um gesundheitliche und persönliche Entscheidungen zu Gunsten des Erwachsenen zu treffen, wenn dieser nicht in der Lage ist, selbst zu entscheiden.

**Persönliche Pflege** bezieht sich auf die täglichen Lebensbedürfnisse des Einzelnen, wie Wohnsituation, Ernährung, Kleidung, Hygiene, Bewegung und Sicherheit.

**Eine Vollmacht** ist ein Dokument, in dem eine Person (ein so genannter Bevollmächtigter) benannt wird, die von einem geschäftsfähigen Erwachsenen bevollmächtigt wird, in dessen Namen finanzielle, geschäftliche und/oder vermögensrechtliche Entscheidungen zu treffen. Bevollmächtigte dürfen keine Entscheidungen über medizinische Behandlungen treffen.

**Ein Stellvertreter** ist eine Person, die mindestens 19 Jahre alt ist und von einem geschäftsfähigen Erwachsenen in einer Vertretungsvereinbarung benannt wird, um in dessen Namen Entscheidungen über die medizinische Versorgung zu treffen, wenn dieser nicht entscheidungsfähig ist.

**Die Vertretungsvereinbarung** ist das Dokument, in dem ein geschäftsfähiger Erwachsener seinen Vertreter benennt, der im Falle seiner Geschäftsunfähigkeit in seinem Namen Entscheidungen zur Gesundheitsversorgung und andere Entscheidungen trifft. Es gibt zwei Formen:

1. **Vertretungsvereinbarung nach Abschnitt 7:** Eine erwachsene Person kann einen Vertreter bevollmächtigen, im Namen der erwachsenen Person Entscheidungen über die routinemäßige Verwaltung finanzieller Angelegenheiten, die persönliche Betreuung und einige Entscheidungen zur Gesundheitsfürsorge zu treffen, mit Ausnahme von Entscheidungen über die Ablehnung lebenserhaltender und/oder lebensverlängernder medizinischer Maßnahmen.
2. **Vertretungsvereinbarung nach Abschnitt 9:** Eine erwachsene Person kann einen Vertreter bevollmächtigen, im Namen der erwachsenen Person Entscheidungen über die persönliche Pflege und die medizinische Versorgung zu treffen, einschließlich Entscheidungen über die Annahme oder Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen und lebensverlängernder medizinischer Eingriffe.

**Ehepartner** ist eine Person, die:

- a. mit einer anderen Person verheiratet ist und nicht im Sinne des *Scheidungsgesetzes* (Kanada) von der anderen Person getrennt lebt; oder
- b. mit einer anderen Person in einer eheähnlichen Beziehung lebt und zusammenlebt, auch zwischen Personen des gleichen Geschlechts.

**Ein stellvertretender Entscheidungsträger** ist eine mündige Person, die befugt ist, im Namen eines geschäftsunfähigen Erwachsenen Entscheidungen über die medizinische Versorgung zu treffen, und umfasst einen persönlichen Vormund (Ausschuss der Person), einen Vertreter und/oder einen vorübergehenden stellvertretenden Entscheidungsträger.

**Ein vorübergehender stellvertretender Entscheidungsträger (Temporary Substitute Decision Maker, TSDM)** ist ein mündiger Erwachsener, der von einem Leistungserbringer des Gesundheitswesens ausgewählt wird, um im Namen eines geschäftsunfähigen Erwachsenen Entscheidungen über die medizinische Behandlung zu treffen, wenn eine Versorgung erforderlich ist. Ein TSDM wird nicht eingesetzt, wenn die erwachsene Person eine Patientenverfügung hat, die sich auf die zu diesem Zeitpunkt benötigte Versorgung bezieht, oder wenn die erwachsene Person einen persönlichen Vormund oder Vertreter hat.

**Sondennahrung** ist eine Methode zur Versorgung einer Person, die nicht über den Mund essen kann. Bei der Sondennahrung wird vorübergehend oder dauerhaft eine Sonde gelegt, über die flüssige Nahrung entweder durch die Nase oder durch die Bauchdecke in den Magen des Betroffenen gelangt.

**Beatmungsgerät** ist eine Maschine, die Luft in die Lunge und aus der Lunge befördert, wenn eine Person nicht in der Lage ist, selbständig zu atmen.

# Angelegenheiten in Ordnung bringen

---

---

Die Vorsorgeplanung ist ein guter Zeitpunkt, um alle Ihre persönlichen Planungsunterlagen an einem Ort zu sammeln, an dem sie leicht zu finden sind. So können die Personen, die Sie mit Ihren Angelegenheiten betraut haben, sie im Bedarfsfall leichter finden. Lesen Sie die folgende Liste und füllen Sie die Kästchen und Zeilen aus, die auf Sie zutreffen.

Ich bin Organspender (eingetragen bei [www.transplant.bc.ca](http://www.transplant.bc.ca)):  Ja  Nein

Ich habe einen Bevollmächtigten mit einer Vollmacht ausgestattet:  Ja  Nein

Name des Bevollmächtigten: \_\_\_\_\_

Ich habe einen Bevollmächtigten mit einer Dauervollmacht ausgestattet:  Ja  Nein

Name des Bevollmächtigten: \_\_\_\_\_

Wo meine Vollmachts- und/oder Dauervollmachtsdokumente zu finden sind:

\_\_\_\_\_

Ich habe ein Testament:  Ja  Nein

Wo mein Testament zu finden ist: \_\_\_\_\_

Ich habe einen Rechtsanwalt:  Ja  Nein

Name des Rechtsanwalts: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Ich habe eine Lebensversicherung:  Ja  Nein

Unternehmen: \_\_\_\_\_

Ich habe Vorkehrungen für die Beerdigung und das Begräbnis/die Einäscherung getroffen:  Ja  Nein

Unternehmen: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Sonstige Dokumente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Meine Versorgungsplanung



In diesem Abschnitt finden Sie alle notwendigen Instrumente und Formulare, die Sie für die Ausarbeitung Ihres Vorsorgeplans benötigen. Die Anleitungen oben auf jeder Seite helfen Ihnen dabei festzustellen, welche Seiten Sie ausfüllen müssen. Die Seiten sind so gestaltet, dass Sie die Seiten, die Sie benötigen, abreißen können.

Füllen Sie nur die Seiten aus, die Sie für die von Ihnen gewählten rechtlichen Dokumente benötigen. Schauen Sie sich bei Bedarf die Beschreibungen der verschiedenen Möglichkeiten der Versorgungsplanung im ersten Teil dieses Leitfadens an, um zu entscheiden, welche Dokumente Sie für Ihre zukünftige Gesundheitsversorgung ausfüllen müssen.

# My Advance Care Plan - Summary

---

This summary is the cover of your advance care plan.

Full name (please print): \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Date this advance care plan was completed: \_\_\_\_\_  
dd/mm/yyyy

This is an update of my advance care plan:  Yes  No

My advance care plan includes (tick all that apply):

- My beliefs, values and wishes
- My TSDM list
- My standard representation agreement (section 7) - **optional**
  - Form 1 - Certificate of Representative or Alternate Representative
  - Form 2 - Certificate of Monitor
  - Form 3 - Certificate of Person Signing for the Adult
  - Form 4 - Certificate of Witnesses
- My enhanced representation agreement (section 9) - **optional**
- My advance directive form - **optional**

I have given copies of this advance care plan to:

\_\_\_\_\_ Relationship to me: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ is my health care provider. Phone: \_\_\_\_\_

# My Temporary Substitute Decision Maker (TSDM) List

---

If needed, this list will be used by your health care provider(s) to choose a TSDM for you. The order of the people on the list is set out in B.C. law and may not be changed.

To qualify as a TSDM, the person listed must be 19, capable, have no dispute with you, and have been in contact with you in the year before you need the health care. If a TSDM is needed to make a health care decision for you, your health care provider will choose the first person on the list who is qualified and available. If you want to specify one person to make health decisions for you, you must fully complete either a standard (p.34) or enhanced (p.44) representation agreement.

## Spouse (includes married, common-law, same-sex - length of time living together does not matter)

Name	Phone

## Children (any - birth order does not matter)

Name	Phone	Name	Phone

## Parents (either - may include adoptive)

Name	Phone	Name	Phone

## Brothers or Sisters (any - birth order does not matter)

Name	Phone	Name	Phone

## Grandparents (any)

Name	Phone	Name	Phone

**Grandchildren (any - birth order does not matter)**

Name	Phone

Name	Phone

**Anyone else related to me by birth or adoption**

Name	Phone

Name	Phone

**Close friend**

Name	Phone

Name	Phone

**A person immediately related to me by marriage (ranked equally)**

Name	Phone

Name	Phone

I know a TSDM will not be chosen to make health care decisions for me if I complete an optional representation agreement form and/or an advance directive form which addresses the health care condition I have when the care is needed. I also know a TSDM will be chosen to make health care decisions for me if I have no representative, if my representative is unavailable, or if my optional representation agreement and/or advance directive does not address the health care condition I have when the care is needed.

I agree.

Name (print)	Signature	Date signed

# My Beliefs, Values and Wishes

---

Complete this page for all advance care plans, regardless of whether you choose to complete a representation agreement form or advance directive form. If needed, this information will help your substitute decision maker (court appointed personal guardian, representative or TSDM) make future health care treatment decisions for you.

**Note:** If you want to make an advance directive or name a representative in a representation agreement with specific instructions about your health care treatment decisions, be sure to write your instructions directly on those forms. The information you write on these pages is not a representation agreement or an advance directive.

## My beliefs (what gives my life meaning)

**My values (what I care about in my life)**

**My wishes (for future health care treatment, life support and life-prolonging medical interventions)**

Name (print)	Signature	Date signed
--------------	-----------	-------------

## My Representative - Standard Agreement (section 7)

---

### Section 7 Representation Agreement Form (p.34-39)

Use a section 7 form **if you want** your representative to be authorized to make decisions about your routine financial affairs, your personal care and some health decisions.

A section 7 form does not provide a representative with the authority to refuse life support and life-prolonging medical interventions.

In addition to a Section 7 Representation Agreement form, the following certificates must be completed (if they apply) for the agreement to be effective:

Form 1: Certificate of Representative or Alternate Representative (p.40)

Form 2: Certificate of Monitor (p.41)

Form 3: Certificate of Person Signing for the Adult (p.42)

Form 4: Certificate of Witnesses (p.43)

## My Representative - Enhanced Agreement (section 9)

---

### Section 9 Representation Agreement Form (p.44-49)

Use a section 9 form **if you want** your representative to be authorized to make decisions about accepting or refusing life support and life-prolonging medical interventions on your behalf, in addition to other health and personal care decisions.



**REPRESENTATION AGREEMENT (SECTION 7)**

Made under Section 7 of the *Representation Agreement Act*.

The use of this form is voluntary. Be advised that this form may not be appropriate for use by all persons, as it provides only one option of how a Representation Agreement may be made. In addition, it does not constitute legal advice. For further information, please consult the *Representation Agreement Act* and Representation Agreement Regulation or obtain legal advice.

This form reflects the law at the date of publication. Laws can change over time. Before using this form, you should review the relevant legislation to ensure that there have not been any changes to the legislation or section numbers.

The notes referenced in this Representation Agreement are found at the end of this Agreement and are provided for information only.

**1. THIS REPRESENTATION AGREEMENT IS MADE BY ME, THE ADULT:**

Full Legal Name of the Adult	Date (YYYY / MM / DD)
Full Address of the Adult	

**2. REVOCATION OF PREVIOUS REPRESENTATION AGREEMENTS**

I revoke all previous Representation Agreements granting authority under section 7 of the *Representation Agreement Act* made by me.

(See Note 1 – actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement)

(See Note 2 – effect of revocation on a previous section 7 Representation Agreement)

**3. REPRESENTATIVE**

(See Note 3 – naming a Representative)

I name the following person to be my Representative:

Full Legal Name of Representative
Full Address of Representative

**4. ALTERNATE REPRESENTATIVE (OPTIONAL)**

(See Note 3 – naming a Representative)

*(Strike out this provision if you do not want to appoint an Alternate Representative.)*

If my Representative

- dies,
- resigns in accordance with the *Representation Agreement Act*,
- is my spouse, as defined in the *Representation Agreement Act*, at the time that I make this Representation Agreement, and our marriage or marriage-like relationship subsequently terminates as set out in the *Representation Agreement Act*, or
- becomes incapable,

then I name the following person to be my Alternate Representative:

Full Legal Name of Alternate Representative
Full Address of Alternate Representative

**5. EVIDENCE OF AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE**

(See Note 4 – statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative)

*(Strike out this provision if you are not appointing an Alternate Representative.)*

A statutory declaration made by my Representative, my Alternate Representative (if one is named), or the Monitor (if one is named), declaring that one of the circumstances referenced in section 4 of this Representation Agreement has occurred, and specifying that circumstance, is sufficient evidence of the authority of my Alternate Representative to act in place of my Representative.

**6. AUTHORITY OF REPRESENTATIVE**

(See Note 5 - what a Representative may and may not be authorized to do under a section 7 Representation Agreement)

Pursuant to section 7 of the *Representation Agreement Act*, I authorize my Representative to:

*(If you want your Representative to have both types of authority, do not strike out either of the following provisions. If you want your Representative to have authority over only one of the following matters, strike out the provision over which you do not want your Representative to have authority. You may not strike out both types of authority.)*

- a. help me make decisions
- b. make decisions on my behalf

about the following:

*(Strike out any of the following matters for which you do not want your Representative to have authority.)*

- a. my personal care;
- b. the routine management of my financial affairs, as set out in the Representation Agreement Regulation;
- c. major health care and minor health care, as defined in the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- d. obtaining legal services for me and instructing counsel to commence proceedings, except divorce proceedings, or to continue, compromise, defend or settle any legal proceedings on my behalf.

**7. MONITOR**

(See Note 6 - what a Monitor is and whether one is required)

*(Strike out this provision if a Monitor is not required and you do not want to name a Monitor.)*

I name the following person as Monitor of this Representation Agreement:

Full Legal Name of Monitor
Full Address of Monitor

**8. EFFECTIVE DATE**

This Representation Agreement becomes effective on the date it is executed.

**9. SIGNATURES**

**ADULT AND WITNESS SIGNATURES**

**ADULT'S SIGNATURE**

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

Signature of Adult	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

**WITNESSES TO ADULT'S SIGNATURE**

(See Note 7 – information for witnesses)

**WITNESS NO. 1**

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	
If witness is a lawyer or member of the Society of Notaries Public of British Columbia, check relevant box below: <input type="checkbox"/> lawyer <input type="checkbox"/> member of the Society of Notaries Public of British Columbia	

**WITNESS NO. 2**

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

**REPRESENTATIVES' SIGNATURES**

(See Note 8 - when a Representative may exercise authority under this Representation Agreement)

**REPRESENTATIVE**

Signature of Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

**ALTERNATE REPRESENTATIVE**

*(Strike out if an Alternate Representative is not appointed.)*

Signature of Alternate Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

(See Note 9 - additional forms required for this Representation Agreement to be effective)

**STATUTORY DECLARATION FOR EVIDENCE OF  
AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE**

This statutory declaration may be completed by the representative, the alternate representative, or the monitor, as evidence of the authority of the alternate representative to act in place of the representative. This statutory declaration would be completed if one of the circumstances in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative occurs to establish the authority of the alternate representative.

CANADA  
PROVINCE OF BRITISH COLUMBIA

IN THE MATTER OF the *Representation Agreement Act* re: a Representation Agreement made by

\_\_\_\_\_ naming \_\_\_\_\_ as Representative  
name of Adult name of Representative

TO WIT:

I, \_\_\_\_\_  
Name

of \_\_\_\_\_  
Full Address

SOLEMNLY DECLARE THAT:

- a. I am the (*strike out the descriptions that do not apply*):
  - representative named under the representation agreement
  - alternate representative named under the representation agreement
  - monitor named under the representation agreement.
- b. One of the circumstances referenced in the Representation Agreement in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative has occurred, specifically (*describe the specific circumstance resulting in the alternate representative having authority to act*):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AND I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

DECLARED BEFORE ME AT

\_\_\_\_\_ location  
on \_\_\_\_\_ date

\_\_\_\_\_ Declarant's Signature

\_\_\_\_\_  
Signature of Commissioner for taking Affidavits  
for British Columbia

\_\_\_\_\_  
Commissioner for taking Affidavits for British Columbia  
(Apply stamp, or type or legibly print name of commissioner)

## **NOTES RESPECTING THIS REPRESENTATION AGREEMENT MADE UNDER SECTION 7 OF THE REPRESENTATION AGREEMENT ACT**

The notes provided below are for the purpose of providing information only, and do not constitute legal advice.

These notes are prepared for the purposes of this representation agreement form. They should not be considered a complete description of matters to be taken into account in making a representation agreement. A person making a representation agreement, or acting as a representative, alternate representative or monitor, should consult the *Representation Agreement Act* and the Representation Agreement Regulation to ensure that they understand their rights and duties.

### **NOTE 1: Actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement**

To revoke a previous representation agreement, you must also give written notice of the revocation to each representative, each alternate representative, and any monitor named in that representation agreement. Revocation is effective when this notice is given, or on a later date stated in the notice.

### **NOTE 2: Effect of revocation on a previous section 7 Representation Agreement**

If you have previously made a section 7 representation agreement that is still effective, it will be revoked by the revocation provision in this representation agreement.

### **NOTE 3: Naming a Representative**

- (a) This form provides for the naming of one representative and one alternate representative. If you wish to name more than one representative to act at the same time, do not use this form.
- (b) The *Representation Agreement Act* sets out who may be named as a representative. If an individual is appointed, that individual must be 19 years of age or older, and must not be an individual who provides personal care or health care services to the adult for compensation, or who is an employee of a facility in which the adult resides and through which the adult receives personal care or health care services, unless the individual is a child, parent or spouse of the adult.
- (c) A representative must complete the Certificate of Representative or Alternate Representative in Form 1 under the Representation Agreement Regulation.

The information in this note also applies in respect of an alternate representative.

### **NOTE 4: Statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative**

A statutory declaration that may be used is included with this form.

Additional evidence establishing the authority of the alternate representative to act in place of the representative may be required for some purposes.

### **NOTE 5: What a Representative may and may not be authorized to do under a section 7 Representation Agreement**

Under a section 7 representation agreement, a representative may be authorized to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about all of the following things:

- the routine management of the adult's financial affairs, as described in the Representation Agreement Regulation;
- obtaining legal services for the adult and instructing counsel to commence proceedings, or to continue, compromise, defend or settle any legal proceedings on the adult's behalf;
- the adult's personal care, and major health care and minor health care, as defined in the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*.

Under a section 7 representation agreement, a representative may not be authorized to do any of the following:

- to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about the adult's financial affairs, other than the routine management of the adult's financial affairs as described in the Representation Agreement Regulation;
- to commence divorce proceedings on the adult's behalf;
- to help make, or to make on the adult's behalf, a decision to refuse health care necessary to preserve life;
- to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about the kinds of health care prescribed under section 34 (2) (f) of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- despite the objection of the adult, to physically restrain, move or manage the adult, or authorize another person to do these things;

- to refuse consent to those matters in relation to the *Mental Health Act* set out in section 11 of the *Representation Agreement Act*.

(Please note that this list may not be complete.)

In addition, a representative must not do either of the following:

- consent to the provision of professional services, care or treatment to the adult for the purposes of sterilization for non-therapeutic purposes;
- make or change a will for the adult.

(Please note that this list may not be complete.)

**NOTE 6: What a Monitor is and whether one is required**

- (a) A monitor is a person responsible for making reasonable efforts to determine whether a representative is complying with the representative's duties under the *Representation Agreement Act*.
- (b) A monitor is required for this representation agreement if the representation agreement authorizes a representative to make, or help make, decisions concerning routine management of the adult's financial affairs, unless the representative is the adult's spouse, the Public Guardian and Trustee, a trust company or a credit union.
- (c) A monitor must complete the Certificate of Monitor in Form 2 under the Representation Agreement Regulation.

**NOTE 7: Information for witnesses**

- (a) The following persons may not be a witness:
  - i. A person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
  - ii. A spouse, child or parent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
  - iii. An employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative, unless the person named as a representative or an alternate representative is a lawyer, a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia, the Public Guardian and Trustee of British Columbia, or a financial institution authorized to carry on trust business under the *Financial Institutions Act*;
  - iv. A person who is under 19 years of age;
  - v. A person who does not understand the type of communication used by the adult unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.
- (b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- (c) A witness must complete the Certificate of Witnesses in Form 4 under the Representation Agreement Regulation.
- (d) Section 30 of the *Representation Agreement Act* provides for a number of reasons to object to the making and use of a representation agreement. If you believe that you have grounds to make an objection at this time, you must not witness the representation agreement or execute the Certificate of Witnesses, and you may report your objection to the Public Guardian and Trustee of British Columbia.

**NOTE 8: When a Representative may exercise authority under this Representation Agreement**

Before a person may exercise the authority of a representative under a representation agreement, that person must sign the representation agreement.

**NOTE 9: Additional forms required for this Representation Agreement to be effective**

The following certificates must be completed, if applicable:

- Form 1 (Certificate of Representative or Alternate Representative);
- Form 2 (Certificate of Monitor), if the Representation Agreement names a Monitor;
- Form 3 (Certificate of Person Signing for the Adult), if a person is signing the Representation Agreement on behalf of the Adult;
- Form 4 (Certificate of Witnesses).

These certificates can be found in the Representation Agreement Regulation.

# Form 1 - Certificate of Representative or Alternate Representative

---

To be completed by each representative and alternate representative named in a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [sections 5 (4) and 6 (2)].

## Part 1 - Identification of representative or alternate representative

1. This certificate applies to the representation agreement made \_\_\_\_\_ [date]

by \_\_\_\_\_ [name of adult].

2. I am named in the representation agreement as representative or alternate representative.

3. My contact information is as follows:

\_\_\_\_\_ [name]

\_\_\_\_\_ [telephone number], of

\_\_\_\_\_ [address],

\_\_\_\_\_ [city, province, postal code],

\_\_\_\_\_ [date of birth, if not a trust company or credit union].

## Part 2 - Certifications made by representative or alternate representative

I certify that

- (a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],
- (b) I do not provide, for compensation, personal care or health care services to the adult who made the representation agreement, or I do provide the services described in this paragraph, but I am a child, parent or spouse of the adult,
- (c) I am not an employee of a facility in which the adult who made the representation agreement resides and through which he or she receives personal care or health care services, or I am an employee described in this paragraph, but I am a child, parent or spouse of the adult,
- (d) I am not a witness to the representation agreement,
- (e) I have read and understand, and agree to accept, the duties and responsibilities of a representative as set out in section 16 of the *Representation Agreement Act*, and
- (f) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make an objection as described in that section.

\_\_\_\_\_  
signature of representative, alternate representative or  
authorized signatory of a trust company or credit union

\_\_\_\_\_  
date

## Form 2 - Certificate of Monitor

---

To be completed by the person named as monitor as set out in section 12 (5) of the *Representation Agreement Act*.

### Part I - Identification of monitor

1. This certificate applies to the representation agreement made \_\_\_\_\_ [date]

by \_\_\_\_\_ [name of adult].

2. I am named in the representation agreement as monitor.

3. My contact information is as follows:

\_\_\_\_\_ [name]

\_\_\_\_\_ [telephone number], of

\_\_\_\_\_ [address],

\_\_\_\_\_ [city, province, postal code].

### Part 2 - Certifications made by monitor

I certify that

- (a) I am an adult,
- (b) I have read and understand, and agree to accept, the duties and responsibilities of a monitor as set out in section 20 of the *Representation Agreement Act*, and
- (c) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make an objection as described in that section.

\_\_\_\_\_  
signature of monitor

\_\_\_\_\_  
date

# Form 3 - Certificate of Person Signing for the Adult

---

To be completed by the person who signs a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [section 13 (4) (d)] for the adult making the agreement, if the adult is physically incapable of signing.

## Part I - Identification of the person signing on behalf of the adult

1. This certificate applies to the representation agreement made \_\_\_\_\_ [date]

by \_\_\_\_\_ [name of adult].

2. I signed the representation agreement on behalf of the adult.

3. My contact information is as follows:

\_\_\_\_\_ [name]

\_\_\_\_\_ [telephone number], of

\_\_\_\_\_ [address],

\_\_\_\_\_ [city, province, postal code].

## Part 2 - Certifications made by the person signing on behalf of the adult

I certify that

- (a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],
- (b) the adult who made the representation agreement was present when I signed the representation agreement on his or her behalf, and directed me to sign because he or she was physically incapable of signing,
- (c) I understand the type of communication used by the adult who made the representation agreement when he or she directed me to sign the agreement,
- (d) I am not named in the representation agreement as a representative or an alternate representative, and
- (e) I am not a witness to the representation agreement.

\_\_\_\_\_  
signature of person signing for the adult

\_\_\_\_\_  
date

# Form 4 - Certificate of Witnesses

---

To be completed by each person witnessing the signing of a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [sections 13].

## Part I - Identification of, and certifications made by, first witness

1. This certificate applies to the representation agreement made \_\_\_\_\_ [date]

by \_\_\_\_\_ [name of adult].

2. I witnessed the signing of the representation agreement by, or on behalf of, the adult.

3. My contact information is as follows:

\_\_\_\_\_ [name]

\_\_\_\_\_ [telephone number], of

\_\_\_\_\_ [address],

\_\_\_\_\_ [city, province, postal code].

4. I certify that

- (a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],
- (b) the adult who made the representation agreement was present when I witnessed the representation agreement,
- (c) I understand the type of communication used by the adult who made the representation agreement, or had interpretive assistance to understand that type of communication,
- (d) I am not named in the representation agreement as a representative or an alternate representative,
- (e) I am not a spouse, child, parent, employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or an alternate representative [does not apply to an employee or agent of the Public Guardian and Trustee, or a trust company or credit union], and
- (f) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make an objection as described in that section.

\_\_\_\_\_  
signature of witness

\_\_\_\_\_  
date

**REPRESENTATION AGREEMENT (SECTION 9)**

Made under Section 9 of the *Representation Agreement Act*.

The use of this form is voluntary. Be advised that this form may not be appropriate for use by all persons, as it provides only one option of how a Representation Agreement may be made. In addition, it does not constitute legal advice. For further information, please consult the *Representation Agreement Act* and Representation Agreement Regulation or obtain legal advice.

This form reflects the law at the date of publication. Laws can change over time. Before using this form, you should review the relevant legislation to ensure that there have not been any changes to the legislation or section numbers.

The notes referenced in this Representation Agreement are found at the end of this Agreement and are provided for information only.

**1. THIS REPRESENTATION AGREEMENT IS MADE BY ME, THE ADULT:**

Full Legal Name of the Adult	Date (YYYY / MM / DD)
Full Address of the Adult	

**2. REVOCATION OF PREVIOUS INSTRUMENTS**

(See Note 1 – actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement)

(See Note 2 – effect of revocation on previous Representation Agreements)

I revoke all of the following made by me.

- all previous Representation Agreements granting authority under section 7 of the *Representation Agreement Act*;
- all previous Representation Agreements granting authority under section 9 of the *Representation Agreement Act*.

**3. REPRESENTATIVE**

(See Note 3 – who may be named as Representative)

I name the following person to be my Representative:

Full Legal Name of Representative
Full Address of Representative

**4. ALTERNATE REPRESENTATIVE (OPTIONAL)**

(See Note 3 – who may be named as Representative)

*(Strike out this provision if you do not want to appoint an Alternate Representative.)*

If my Representative

- dies,
- resigns in accordance with the *Representation Agreement Act*,
- is my spouse, as defined in the *Representation Agreement Act*, at the time that I make this Representation Agreement, and our marriage or marriage-like relationship subsequently terminates as set out in the *Representation Agreement Act*, or
- becomes incapable,

then I name the following person to be my Alternate Representative:

Full Legal Name of Alternate Representative
Full Address of Alternate Representative



**9. SIGNATURES**

**ADULT AND WITNESS SIGNATURES**

**ADULT'S SIGNATURE**

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

Signature of Adult	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

**WITNESSES TO ADULT'S SIGNATURE**

(See Note 7 – information for witnesses)

**WITNESS NO. 1**

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	
If witness is a lawyer or member of the Society of Notaries Public of British Columbia, check relevant box below: <input type="checkbox"/> lawyer <input type="checkbox"/> member of the Society of Notaries Public of British Columbia	

**WITNESS NO. 2**

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

**REPRESENTATIVES' SIGNATURES**

(See Note 8 - when a Representative may exercise authority under this Representation Agreement)

**REPRESENTATIVE**

Signature of Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

**ALTERNATE REPRESENTATIVE**

*(Strike out if an Alternate Representative is not appointed.)*

Signature of Alternate Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

**STATUTORY DECLARATON FOR EVIDENCE OF  
AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE**

This statutory declaration may be completed by the adult, the representative, or the alternate representative, as evidence of the authority of the alternate representative to act in place of the representative. This statutory declaration would be completed if one of the circumstances in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative occurs to establish the authority of the alternate representative.

CANADA  
PROVINCE OF BRITISH COLUMBIA

IN THE MATTER OF the *Representation Agreement Act* re: a Representation Agreement made by

\_\_\_\_\_ naming \_\_\_\_\_ as Representative  
name of Adult name of Representative

TO WIT:  
I, \_\_\_\_\_  
Name  
of \_\_\_\_\_  
Full Address

SOLEMNLY DECLARE THAT:

- a. I am the (*strike out the descriptions that do not apply*):
  - adult who made the representation agreement
  - representative named under the representation agreement
  - alternate representative named under the representation agreement.
- b. One of the circumstances referenced in the Representation Agreement in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative has occurred, specifically (*describe the specific circumstance resulting in the alternate representative having authority to act*):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AND I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

DECLARED BEFORE ME AT

\_\_\_\_\_ location \_\_\_\_\_ Declarant's Signature  
on \_\_\_\_\_ date

\_\_\_\_\_  
Signature of Commissioner for taking Affidavits  
for British Columbia

\_\_\_\_\_  
Commissioner for taking Affidavits for British Columbia  
(Apply stamp, or type or legibly print name of commissioner)

## **NOTES RESPECTING THIS REPRESENTATION AGREEMENT MADE UNDER SECTION 9 OF THE REPRESENTATION AGREEMENT ACT**

The notes provided below are for the purpose of providing information only, and do not constitute legal advice.

These notes are prepared for the purposes of this representation agreement form. They should not be considered a complete description of matters to be taken into account in making a representation agreement. A person making a representation agreement, or acting as a representative or alternate representative, should consult the *Representation Agreement Act* and the Representation Agreement Regulation to ensure that they understand their rights and duties.

### **NOTE 1: Actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement**

To revoke a previous representation agreement, you must also give written notice of the revocation to each representative, each alternate representative, and any monitor named in that representation agreement. Revocation is effective when this notice is given, or on a later date stated in the notice.

### **NOTE 2: Effect of revocation on previous Representation Agreements**

The revocation provision in this representation agreement will do all of the following:

- if you have previously made a section 7 representation agreement that is still effective, it will be revoked;
- if you have previously made a section 9 representation agreement that is still effective, it will be revoked.

### **NOTE 3: Who may be named as Representative**

- (a) This form provides for the naming of one representative and one alternate representative. If you wish to name more than one representative to act at the same time, do not use this form.
- (b) The *Representation Agreement Act* sets out who may be named as a representative. If an individual is appointed, that individual must be 19 years of age or older, and must not be an individual who provides personal care or health care services to the adult for compensation, or who is an employee of a facility in which the adult resides and through which the adult receives personal care or health care services, unless the individual is a child, parent or spouse of the adult.

The information in this note also applies in respect of an alternate representative.

### **NOTE 4: Statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative**

A statutory declaration that may be used is included with this form.

Additional evidence establishing the authority of the alternate representative to act in place of the representative may be required for some purposes.

### **NOTE 5: What a Representative may and may not do**

The authority of a representative appointed under this representation agreement includes the power to give or refuse consent to health care necessary to preserve life.

A representative appointed under this representation agreement must not do any of the following:

- give or refuse consent on the adult's behalf to any type of health care prescribed under section 34 (2) (f) of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- make arrangements for the temporary care and education of the adult's minor children, or any other persons who are cared for or supported by the adult;
- interfere with the adult's religious practices.

(Please note this list may not be complete.)

If you want your representative to be authorized to do the things on the above list, you should obtain legal advice.

In addition, under the *Representation Agreement Act*, a representative:

- may not be authorized to refuse consent to those matters in relation to the *Mental Health Act* set out in section 11 of the *Representation Agreement Act*;
- must not consent to the provision of professional services, care or treatment to the adult for the purposes of sterilization for non-therapeutic purposes;
- must not make or change a will for the adult.

(Please note that this list may not be complete.)

**NOTE 6: Consultation with a health care provider**

If you choose to include instructions or wishes in your representation agreement about your health care, you may wish to discuss with a health care provider the options and the possible implications of your choices.

**NOTE 7: Information for witnesses**

(a) The following persons may not be a witness:

- i. A person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
- ii. A spouse, child or parent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
- iii. An employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative, unless the person named as a representative or alternate representative is a lawyer, a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia, or the Public Guardian and Trustee of British Columbia;
- iv. A person who is under 19 years of age;
- v. A person who does not understand the type of communication used by the adult unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.

(b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.

(c) Section 30 of the *Representation Agreement Act* provides for a number of reasons to object to the making and use of a representation agreement. If you believe that you have grounds to make an objection at this time, you should not witness the representation agreement and you may report your objection to the Public Guardian and Trustee of British Columbia.

**NOTE 8: When a Representative may exercise authority under this Representation Agreement**

Before a person may exercise the authority of a representative under a representation agreement, that person must sign the representation agreement.



# ADVANCE DIRECTIVE

Made under the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*

The use of this form is voluntary. Before completing this Advance Directive, it is advisable to obtain legal advice and the advice of a health care provider about the possible implications of this Advance Directive, and your choices about the types of health care for which you might give or refuse consent under this Advance Directive.

The notes referenced in this Advance Directive are found at the end of this Advance Directive and are provided for informational purposes only. (See Note 1 – limitations on the effect of this Advance Directive.)

### 1. THIS IS THE ADVANCE DIRECTIVE OF THE "ADULT":

Full Legal Name of the Adult		Date (YYYY / MM / DD)	
Full Address of the Adult			
Date of Birth (YYYY / MM / DD)		(OPTIONAL) Personal Health (CareCard) Number	

### 2. REVOCATION OF PREVIOUS ADVANCE DIRECTIVES:

I revoke all previous Advance Directives made by me.

### 3. CONSENT TO HEALTH CARE AND REFUSAL OF CONSENT TO HEALTH CARE:

If I need health care and I am not capable of giving or refusing consent to the health care at the time the health care is required,

**I give the following instructions:**

[Note: If a health care decision is required while you are incapable but the type of health care is not addressed in this Advance Directive, the decision will be made by a substitute decision maker.]

I consent to the following health care:

---

---

---

---

---

---

---

---

I refuse to consent to the following health care:

---

---

---

---

---

---

---

---

#### 4. ACKNOWLEDGMENTS

I know that as a result of making this Advance Directive

- a. I will not be provided with any health care for which I refuse consent in this Advance Directive, and
- b. No one will be chosen to make decisions on my behalf in respect of any health care matters for which I give or refuse consent in this Advance Directive.

(See Note 1 – limitations on the effect of this Advance Directive)

#### 5. SIGNATURES

##### ADULT'S SIGNATURE

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

	Date Signed (YYYY / MM / DD)
--	------------------------------

##### WITNESSES TO ADULT'S SIGNATURE - SEE NOTE 2, INFORMATION FOR WITNESSES

##### WITNESS NO. 1

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

##### WITNESS NO. 2

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or notary public.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

#### NOTES RESPECTING ADVANCE DIRECTIVES

The notes provided below are for the purposes of providing information only.

These notes should NOT be considered complete: a person making an Advance Directive should consult the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act* to ensure that they understand their rights and duties.

##### NOTE 1: LIMITATIONS ON THE EFFECT OF THIS ADVANCE DIRECTIVE

Note that the effect of this Advance Directive and the giving and refusing of consent under it is subject to the limitations set out in sections 19.2 (2), 19.3 (1) and 19.8 of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*.

##### NOTE 2: INFORMATION FOR WITNESSES

- (a) The following persons may not be a witness:
  - i. A person who provides personal care, health care or financial services to the adult for compensation, other than a lawyer or notary public;
  - ii. A spouse, child, parent, employee or agent of a person described in paragraph (a);
  - iii. A person who is under 19 years of age;
  - iv. A person who does not understand the type of communication used by the Adult, unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.
- (b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or notary public.
- (c) You should not witness the Advance Directive if you have reason to believe that
  - i. the Adult is incapable of making, changing or revoking an Advance Directive, or
  - ii. fraud, undue pressure or some other form of abuse or neglect was used to induce the Adult to make the Advance Directive, or to change or revoke a previous Advance Directive.

# Mittel

---

## Vorausschauende Versorgungsplanung

Weitere Informationen über die Versorgungsplanung finden Sie unter:

SeniorsBC – [www.gov.bc.ca/advancecare](http://www.gov.bc.ca/advancecare)

HealthLink BC ([www.healthlinkbc.ca](http://www.healthlinkbc.ca)) und suchen Sie nach Vorsorgeplanung, oder rufen Sie 8-1-1 an.

### Ihr örtliches Gesundheitsamt:

Fraser Health – [https://www.fraserhealth.ca/health-topics-a-to-z/advance-care-planning#.Ylg\\_kihBxPZ](https://www.fraserhealth.ca/health-topics-a-to-z/advance-care-planning#.Ylg_kihBxPZ)

Interior Health – [www.interiorhealth.ca/YourCare/PalliativeCare/ToughDecisions/Pages/Advance-Care-Planning.aspx](http://www.interiorhealth.ca/YourCare/PalliativeCare/ToughDecisions/Pages/Advance-Care-Planning.aspx)

Island Health – <https://www.islandhealth.ca/our-services/advance-care-planning>

Northern Health – [www.northernhealth.ca/health-topics/advance-care-planning](http://www.northernhealth.ca/health-topics/advance-care-planning)

Vancouver Coastal Health – [www.vch.ca/public-health/health-topics-a-z/topics/advance-care-planning](http://www.vch.ca/public-health/health-topics-a-z/topics/advance-care-planning)

## Gesetze

Informationen über die Gesetzgebung von BC zur Planung von Arbeitsunfähigkeit finden Sie hier:

[www2.gov.bc.ca/gov/content/health/managing-your-health/incapacity-planning](http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/managing-your-health/incapacity-planning)

## Persönliche Planung

The Public Guardian and Trustee –

[www.trustee.bc.ca/services/services-to-adults/Pages/personal-planning.aspx](http://www.trustee.bc.ca/services/services-to-adults/Pages/personal-planning.aspx)

Nidus Personal Planning Resource Centre – [www.nidus.ca](http://www.nidus.ca)

## Rechtliche Belange

Wenn Sie einen Anwalt benötigen, können Sie sich an den Lawyer Referral Service der Canadian Bar Association British Columbia wenden. Weitere Einzelheiten finden Sie unter:

[www.cba.org/BC/Initiatives/main/lawyer\\_referral.aspx](http://www.cba.org/BC/Initiatives/main/lawyer_referral.aspx)

## Gesundheitliche Bedürfnisse

Das British Columbia College of Family

Ärzte gibt Vorschläge, wie Sie einen

Hausarzt finden können unter:

[bccfp.bc.ca/for-the-public/find-a-family-doctor](http://bccfp.bc.ca/for-the-public/find-a-family-doctor)

Mein vollständiger Name lautet _____
Kontaktperson für den Notfall: _____ (Name) _____ (Telefon)
Mein behandelnder Arzt ist _____
Ich habe einen Vorsorgeplan <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mit Vertretungsvereinbarung nach [ <input type="checkbox"/> Abschn. 7 <input type="checkbox"/> Abschn. 9]
<input type="checkbox"/> mit einer Patientenverfügung
Ich bin Organspender/in <input type="checkbox"/>
Meine wichtigen Dokumente befinden sich _____

