# Werteanamnese*

Name:

Vorname:

Geb. am:

**Diese Werteanamnese soll meinen Vertreter*innen, den Behandelnden und Versorgenden in Situationen nicht mehr vorhandener Einwilligungsfähigkeit helfen, Entscheidungen über meine Versorgung und Behandlung in meinem Sinne zu treffen. Die vorhandenen Informationen sind zudem die Grundlage für die optionale Erstellung einer Patientenverfügung**.

## I. Persönliche Wertehaltung und Lebensqualität

### I.1 Folgendes ist mir im Leben grundsätzlich wichtig:

* Vorlage der Tübinger Hospizdienste e. V. nach S. Lehmeyer, A. Riedel, A. Linde, N. Treff, *Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase von Bewohner*innen in der stationären Altenhilfe*, Lage, 2019, S. 178 ff

**I.2 Lebensqualität bedeutet für mich in meiner jetzigen Lebenssituation:**

## II Einstellungen in Bezug auf das Leben und Sterben

**II.2 Wenn ich an meine letzte Lebensphase und an mein Sterben denke, kommen mir folgende Dinge in den Sinn:**

**II.2. Diese Ängste begleiten mich, wenn ich an mein eigenes Sterben denke:**

**II.3 Diese Hoffnungen begleiten mich, wenn ich an mein eigenes Sterben denke:**

**II.4 Noch lange weiterleben zu dürfen, hat für mich folgende Bedeutung:**

**II.5 Folgende religiöse, spirituelle oder persönliche Überzeugungen sind mir in Bezug auf mein Leben und auf mein Sterben wichtig:**

## III Pflegerische Versorgung und medizinische Behandlung in der letzten Lebensphase

**III.1 Gesundheitliche Versorgung (Medizin, Pflege und weitere Gesundheitsdienste) darf für mich und mein Leben Folgendes leisten:**

**III.2 In diesen Situationen kommen lebensverlängernde Behandlungen für mich nicht mehr in Frage:**

**III.3 Diese medizinischen Behandlungsoptionen kann ich mir für mich nur schwer Vorstellen:**

**III.4 Eine pflegerische und medizinische Versorgung am Lebensende, die meine Lebensqualität unterstützt, beinhaltet folgende Punkte:**

**III.5 Ärzte und Pflegende, die mich im Sterben begleiten, sollen Folgendes immer ganz besonders bedenken und beachten:**

_____

_____

_____

_____

_____

**Folgendes möchte ich noch ergänzend festhalten:**

_____

_____

_____

_____

| **Weitere Dokumente der gesundheitlichen Versorgungsplanung** |
|---|
| ☐ Patientenverfügung<br>☐ Vollmacht Gesundheitssorge<br>☐ Betreuungsverfügung<br>☐ Notfallplan<br>Sonstiges: |

**Datum** **Unterschrift**