



# Values and Preferences Form Werte- und Präferenzformular

## Planning for my future care Planen für meine zukünftige Pflege

EMR000120

### What is a Values and Preferences Form? Was ist ein Werte- und Präferenzformular?

A Values and Preferences Form can be used to make a record of your values, preferences and wishes about your future health and personal care.

Ein Werte- und Präferenzformular kann verwendet werden, um Ihre Werte, Präferenzen und Wünsche bezüglich Ihrer zukünftigen Gesundheits- und persönlichen Pflegeversorgung festzuhalten.

### What is advance care planning? Was ist Advance Care Planning?

Advance care planning is a voluntary process of planning for future health and personal care that can help you to:

Die Vorsorgeplanung oder Advance Care Planning ist ein freiwilliger Planungsprozess für die zukünftige Gesundheits- und persönliche Pflegeversorgung, der Ihnen dabei helfen kann:

- think through and plan what is important to you and share this plan with others
- gründlich darüber nachzudenken und zu planen, was Ihnen wichtig ist, und diesen Plan mit anderen zu teilen
- describe your beliefs, values and preferences so that your future health and personal care can be given with this in mind
- Ihre Überzeugungen, Werte und Präferenzen zu beschreiben, damit Ihre zukünftige Gesundheits- und persönliche Pflegeversorgung in diesem Sinne erfolgen kann
- take comfort in knowing that someone else knows your wishes in case a time comes when you are no longer able to tell people what is important to you.
- die Beruhigung zu haben, dass Ihre Wünsche bekannt sind, falls Sie einmal nicht mehr in der Lage sind, anderen Personen mitzuteilen, was Ihnen wichtig ist.

This form is one way to record your advance care planning discussions in Western Australia.

Dieses Formular ist eine Möglichkeit, Ihre Gespräche zum Advance Care Planning in Westaustralien aufzuzeichnen.

## **Why is the Values and Preferences Form useful? Warum ist das Werte- und Präferenzformular nützlich?**

Thinking through the questions in the form may help you to consider what matters most to you in relation to your health and personal care and what you would like to let others know. Your wishes may not necessarily be health related but will guide treating health professionals, enduring guardian(s), and/or family and carer(s) when you are unwell including any special preferences, requests or messages. This is particularly useful at times when you are unable to communicate your wishes.

Die Fragen in diesem Formular können Ihnen helfen, darüber nachzudenken, was für Sie in Bezug auf Ihre Gesundheit und Ihre persönliche Pflege am wichtigsten ist und was Sie anderen mitteilen möchten. Ihre Wünsche müssen nicht unbedingt gesundheitsbezogen sein, aber sie dienen den medizinischen Fachkräften, die Sie behandeln, dem/den dauerhaften Vormund(en) und/oder der Familie und dem/den Betreuer(n) als Orientierung, wenn Sie krank sind, einschließlich besonderer Präferenzen, Anliegen oder Mitteilungen. Dies ist besonders dann nützlich, wenn Sie nicht in der Lage sind, Ihre Wünsche mitzuteilen.

## **Are health professionals required to follow my Values and Preferences Form?**

### **Müssen sich medizinische Fachkräfte an mein Werte- und Präferenzformular halten?**

The Values and Preferences Form is a non-statutory document as it is not recognised under specific legislation. In some cases, a Values and Preferences Form may be recognised as a Common Law Directive.

Das Werte- und Präferenzformular ist kein gesetzlich vorgeschriebenes Dokument, da es nicht unter konkreten Rechtsvorschriften anerkannt wird. In einigen Fällen kann ein Werte- und Präferenzformular als Common Law-Anweisung [Common Law Directive] anerkannt werden.

Common Law Directives are written or verbal communications describing a person's wishes about treatment to be provided or withheld in specific situations in future. There are no formal requirements for making Common Law Directives. It can be difficult to legally establish whether a Common Law Directive is valid and whether it should or should not be followed. For this reason, Common Law Directives are not recommended for making treatment decisions. If you intend to use this form as a Common Law Directive, you should seek legal advice.

Common Law-Anweisungen sind schriftliche oder mündliche Mitteilungen, die die Wünsche einer Person in Bezug auf eine Behandlung beschreiben, die in bestimmten Situationen in der Zukunft durchgeführt oder verweigert werden soll. Es gibt keine formalen Anforderungen für die Erstellung von Common Law-Anweisungen. Es kann schwierig sein, rechtlich festzustellen, ob eine Common Law-Anweisung gültig ist und ob sie befolgt werden sollte oder nicht.

Aus diesem Grund werden Common Law-Anweisungen für Behandlungsentscheidungen nicht empfohlen. Wenn Sie beabsichtigen, dieses Formular als Common Law-Anweisung zu verwenden, sollten Sie sich rechtlich beraten lassen.

## What is the difference between a Values and Preferences Form and an Advance Health Directive?

### Was ist der Unterschied zwischen einem Werte- und Präferenzformular und einer Patientenverfügung [Advance Health Directive]?

An Advance Health Directive is a legal document in WA that enables you to make decisions now about the treatment you would want – or not want – to receive if you ever became sick or injured and were incapable of communicating your wishes.

Eine Patientenverfügung ist ein Rechtsdokument in Westaustralien, das es Ihnen ermöglicht, jetzt Entscheidungen über die Behandlung zu treffen, die Sie erhalten möchten – oder nicht –, wenn Sie jemals erkranken oder sich verletzen und nicht in der Lage sind, Ihre Wünsche mitzuteilen.

The questions in this Values and Preferences Form are the same as in Part 3 of the Advance Health Directive. The Advance Health Directive has additional sections with questions relating to treatment decisions, including life-sustaining treatments.

Die Fragen in diesem Werte- und Präferenzformular sind die gleichen wie in Teil 3 der Patientenverfügung. Die Patientenverfügung enthält zusätzliche Abschnitte mit Fragen zu Behandlungsentscheidungen, einschließlich lebenserhaltender Behandlungen.

**Please note:** If you wish to document decisions about life-sustaining treatments that you consent or do not consent to receiving, you should complete an Advance Health Directive instead.

**Bitte beachten Sie:** Wenn Sie Entscheidungen dokumentieren möchten über lebenserhaltende Behandlungen, denen Sie zustimmen oder die Sie ablehnen, sollten Sie stattdessen eine Patientenverfügung ausfüllen.

## How should my Values and Preferences Form be stored and shared? Wie sollte mein Werte- und Präferenzformular gespeichert und geteilt werden?

It is important that people close to you know that you have made a Values and Preferences Form and where to find it.

Es ist wichtig, dass Ihnen nahestehende Personen wissen, dass Sie ein Werte- und Präferenzformular erstellt haben und wo es zu finden ist.

Keep the original in a safe place. You can also store a copy online using [My Health record](#) (register and [upload your advance care planning document](#)).

Bewahren Sie das Original an einem sicheren Ort auf. Sie können ein Exemplar auch online mithilfe von [My Health record](#) speichern (anmelden und [Ihr Advance Care Planning-Dokument](#) hochladen).

You may choose to give a copy to your:

Sie können auch den folgenden Personen oder Einrichtungen eine Kopie geben:

- family, friends and carers
- Familie, Freunde und Betreuer
- enduring guardian(s) (EPG)
- dauerhafte(r) Vormund(e) (EPG)

- enduring attorney(s) (EPA)
- dauerhaft Bevollmächtigte(r) (EPA)
- GP or local doctor
- Hausarzt oder Arzt vor Ort
- other specialist(s) or health professionals
- andere Fachärzte oder medizinische Fachkräfte
- residential aged care home
- stationäres Altenpflegeheim
- local hospital
- örtliches Krankenhaus
- legal professional.
- Juristen.

Make a list of the people who have a copy of your form as this will be a good reminder of who to contact if you decide to change or cancel your document(s) in future.

Machen Sie eine Liste der Personen, die eine Kopie Ihres Formulars haben, das dies eine gute Erinnerungshilfe ist, an wen Sie sich wenden müssen, wenn Sie Ihr(e) Dokument(e) in Zukunft ändern oder annullieren möchten.

## Where can I get help or find more information? Wo erhalte ich Hilfe oder weitere Informationen?

Visit [healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning](http://healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning) or contact the Department of Health WA Advance Care Planning Line for general queries and to order free advance care planning resources:

Besuchen Sie [healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning](http://healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning) oder wenden Sie sich an die Advance Care Planning-Infoline des Gesundheitsministeriums in Westaustralien, wenn Sie allgemeine Fragen haben und kostenlose Ressourcen für die Vorsorgeplanung anfordern möchten:

Phone: 9222 2300

Telefon: 9222 2300

Email: [acp@health.wa.gov.au](mailto:acp@health.wa.gov.au)

E-Mail: [acp@health.wa.gov.au](mailto:acp@health.wa.gov.au)

If English is not your first language, you may need help to understand and complete this form. Contact the National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI). You can search for a translator or interpreter via the Online Directory at [naati.com.au/online-directory](http://naati.com.au/online-directory). The contact details for NAATI is 1300 557 470 or [info@naati.com.au](mailto:info@naati.com.au).



Wenn Englisch nicht Ihre Muttersprache ist, benötigen Sie möglicherweise Hilfe, um dieses Formular zu verstehen und auszufüllen. Wenden Sie sich an die Nationale Akkreditierungsbehörde für Übersetzer und Dolmetscher (NAATI). Sie können über das Online-Verzeichnis unter [naati.com.au/online-directory](http://naati.com.au/online-directory) nach einem Übersetzer oder Dolmetscher suchen. Die Kontaktdaten für NAATI sind 1300 557 470 oder [info@naati.com.au](mailto:info@naati.com.au).

# My personal details

## Meine persönlichen Daten

Full name Vollständiger Name	<input type="text"/>		
Date of birth Geburtsdatum	<input type="text"/>		
Address Adresse	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Suburb Stadtteil	State Bundesland	Postcode Postleitzahl
Phone number Telefonnummer	<input type="text"/>		
Email E-Mail	<input type="text"/>		

**You do not need to complete every question in this form. Cross out any questions you do not want to complete.**

**Sie müssen nicht jede Frage in diesem Formular ausfüllen. Streichen Sie alle Fragen, die Sie nicht ausfüllen möchten.**

# My major health conditions

## Meine wichtigsten Gesundheitsprobleme

Use this section to list details about your major health conditions (physical and/or mental).

Verwenden Sie diesen Abschnitt, um Einzelheiten zu Ihren wichtigsten Gesundheitsproblemen (körperlich und/oder geistig) aufzulisten.

Cross out this question if you do not want to complete it.

Streichen Sie diese Frage, wenn Sie sie nicht ausfüllen möchten.

Please list any major health conditions below:

Bitte listen Sie alle wichtigen Gesundheitsprobleme unten auf:



# My values and preferences

## Meine Werte und Präferenzen

When talking with me about my health, these things are important to me

Wenn Sie mit mir über meine Gesundheit sprechen, sind mir diese Dinge wichtig

Use this section to provide information about what is important to you when talking about your treatment.

Verwenden Sie diesen Abschnitt, um Informationen darüber bereitzustellen, was Ihnen wichtig ist, wenn Sie über Ihre Behandlung sprechen.

This might include:

Dazu könnte Folgendes gehören:

- How much do you like to know about your health conditions?
- Wie viel möchten Sie über Ihren Gesundheitszustand wissen?
- What do you need to help you make decisions about treatment?
- Was brauchen Sie, um Entscheidungen über eine Behandlung zu treffen?
- Would you like to have certain family members with you when receiving information from your health professionals?
- Möchten Sie bestimmte Familienmitglieder bei sich haben, wenn Sie Informationen von Ihren medizinischen Fachkräften erhalten?

Cross out this question if you do not want to complete it.

Streichen Sie diese Frage, wenn Sie sie nicht ausfüllen möchten.

Please describe what is important to you when talking to health professionals about your health:

Bitte beschreiben Sie, was Ihnen wichtig ist, wenn Sie mit medizinischen Fachkräften über Ihre Gesundheit sprechen:

## These things are important to me

### Diese Dinge sind mir wichtig

Use this section to provide information about what 'living well' means to you now and into the future.

Verwenden Sie diesen Abschnitt, um Informationen darüber bereitzustellen, was „gut leben“ für Sie jetzt und in Zukunft bedeutet.

This might include:

Dazu könnte Folgendes gehören:

- What are the most important things in your life?
- Was sind die wichtigsten Dinge in Ihrem Leben?
- What does 'living well' mean to you?
- Was bedeutet „gut leben“ für Sie?

Cross out this question if you do not want to complete it.

Streichen Sie diese Frage, wenn Sie sie nicht ausfüllen möchten.

Please describe what 'living well' means to you now and into the future. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Bitte beschreiben Sie, was „gut leben“ für Sie jetzt und in Zukunft bedeutet. Nutzen Sie das Feld unten und/oder kreuzen Sie die Kästchen an, die für Sie wichtig sind.

Please describe:

Bitte beschreiben:



---

Spending time with family and friends  
Zeit mit Familie und Freunden verbringen

---

Living independently  
Unabhängig leben

---

Being able to visit my home town, country of origin, or spending time on country  
In der Lage zu sein, meine Heimatstadt, mein Herkunftsland zu besuchen oder Zeit  
,on Country' zu verbringen

---

Being able to care for myself (e.g. showering, going to the toilet, feeding myself)  
Für mich selbst sorgen können (z. B. duschen, auf die Toilette gehen, mich selbst  
ernähren)

---

Keeping active (e.g. playing sport, walking, swimming, gardening)  
Aktiv bleiben (z. B. Sport treiben, spazieren gehen, schwimmen, Gartenarbeit)

---

Enjoying recreational activities, hobbies and interests (e.g. music, travel, volunteering,  
pets, animals)  
Freude an Freizeitaktivitäten, Hobbys und Interessen (z. B. Musik, Reisen,  
Freiwilligenarbeit, Haustiere, Tiere)

---

Practising religious, cultural, spiritual and/or community activities  
(e.g. prayer, attending religious services)  
Ausübung religiöser, kultureller, spiritueller und/oder gemeinschaftlicher Aktivitäten  
(z. B. Gebet, Besuch von Gottesdiensten)

---

Living according to my cultural and religious values (e.g. eating halal, kosher foods only)  
Gemäß meinen kulturellen und religiösen Werten leben (z. B. nur halal, kosher essen)

---

Working in a paid or unpaid job  
In einem bezahlten oder unbezahlten Job arbeiten

---

## These are things that worry me when I think about my future health

### Die folgenden Dinge beunruhigen mich, wenn ich an meine zukünftige Gesundheit denke

**Use this section to provide information about things that worry you about your future health.**

**Verwenden Sie diesen Abschnitt, um Informationen über Dinge bereitzustellen, die Sie in Bezug auf Ihre zukünftige Gesundheit beunruhigen.**

If you become ill or injured in the future, what worries you most about what might happen?

Wenn Sie in Zukunft krank werden oder sich verletzen, was macht Ihnen dabei die größten Sorgen?

You may worry about being in constant pain, not being able to make your own decisions, or not being able to care for yourself.

Sie machen sich vielleicht Sorgen darüber, ständig Schmerzen zu haben, nicht in der Lage zu sein, Ihre eigenen Entscheidungen zu treffen oder nicht in der Lage zu sein, für sich selbst zu sorgen.

**Cross out this question if you do not want to complete it.**

**Streichen Sie diese Frage, wenn Sie sie nicht ausfüllen möchten.**

Please describe any worries you have about the outcomes of future illness or injury:

Bitte beschreiben Sie Ihre Sorgen über die Folgen zukünftiger Krankheiten oder Verletzungen:



## When I am nearing death, this is where I would like to be

### Wenn ich mich dem Tod nähere, möchte ich hier sein

**Use this section to indicate where you would like to be when you are nearing death.**

**Verwenden Sie diesen Abschnitt, um anzugeben, wo Sie sein möchten, wenn Sie sich dem Tod nähern.**

When you are nearing death, do you have a preference of where you would like to spend your last days or weeks?

Wenn Sie sich dem Tod nähern, haben Sie eine Präferenz, wo Sie Ihre letzten Tage oder Wochen verbringen möchten?

**Cross out this question if you do not want to complete it.**

**Streichen Sie diese Frage, wenn Sie sie nicht ausfüllen möchten.**

Please indicate where you would like to be when you are nearing death. Tick the option that applies you. You can provide more detail about the option you choose in the space below.

Bitte geben Sie an, wo Sie sein möchten, wenn Sie sich dem Tod nähern. Kreuzen Sie die Option an, die auf Sie zutrifft. Sie können weitere Einzelheiten zu der von Ihnen gewählten Option im Feld unten angeben.

---

I want to be at home – where I am living at the time  
Ich möchte zu Hause sein – dort, wo ich gerade lebe

---

I do not want to be at home – provide more details below  
Ich möchte nicht zu Hause sein – machen Sie unten weitere Angaben

---

I do not have a preference – I would like to be wherever I can receive the best care for my needs at the time  
Ich habe keine Präferenz – ich möchte dort sein, wo ich zu der Zeit die beste Versorgung für meine Bedürfnisse erhalte

---

Other – please specify:  
Sonstiges - bitte angeben:

---

Please provide more detail about your choice:

Bitte machen Sie nähere Angaben zu Ihrer Wahl:

## When I am nearing death, these things are important to me

### Wenn ich mich dem Tod nähere, sind mir diese Dinge wichtig

Use this section to provide information about what is important to you when you are nearing death.

Verwenden Sie diesen Abschnitt, um Informationen darüber bereitzustellen, was Ihnen wichtig ist, wenn Sie sich dem Tod nähern.

- What would comfort you when you are dying?
- Was würde Sie trösten, wenn Sie im Sterben liegen?
- Who would you like around you?
- Wen hätten Sie gerne in Ihrer Nähe?

Cross out this question if you do not want to complete it.

Streichen Sie diese Frage, wenn Sie sie nicht ausfüllen möchten.

Please describe what is important to you and what would comfort you when you are nearing death. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Bitte beschreiben Sie, was Ihnen wichtig ist und was Sie trösten würde, wenn Sie sich dem Tod nähern. Nutzen Sie das Feld unten und/oder kreuzen Sie die Kästchen an, die für Sie wichtig sind.

Please describe:  
Bitte beschreiben:

I do not want to be in pain, I want my symptoms managed, and I want to be as comfortable as possible. (Please provide details of what being comfortable means to you)

Ich möchte keine Schmerzen haben, ich möchte, dass meine Symptome behandelt werden, und ich möchte mich so wohl wie möglich fühlen. (Bitte geben Sie an, was Wohlbefinden für Sie bedeutet)

I want to have my loved ones and/or pets and/or other items around me  
(Please provide details of who you would like with you)

Ich möchte meine Angehörigen und/oder Haustiere und/oder andere Gegenstände um mich herum haben (Bitte geben Sie an, wen Sie bei sich haben möchten)

It is important to me that cultural or religious traditions are followed  
(Please provide details of any specific traditions that are important for you)

Es ist mir wichtig, dass kulturelle oder religiöse Traditionen eingehalten werden (Bitte geben Sie an, welche spezifischen Traditionen für Sie wichtig sind)

I want to have access to pastoral/spiritual care  
(Please provide details of what is important for you)

Ich möchte Zugang zu seelsorgerlicher/spiritueller Betreuung haben  
(Bitte geben Sie an, was für Sie wichtig ist)

My surroundings are important to me (e.g. quiet environment, music, photographs, being on Country, being close to home) (Please provide details of what is important for you.)

Meine Umgebung ist mir wichtig (z. B. ruhige Umgebung, Musik, Fotos, ‚on Country‘ sein, nahe am Wohnort sein) (Bitte geben Sie an, was Ihnen wichtig ist.)

# Advance care planning related documents

## Dokumente zur Vorausplanung der Pflege

Use this section to list where and with whom you have stored/shared copies of your Values and Preferences Form and other advance care planning related documents. Cross out this question if you do not want to complete it.

Verwenden Sie diesen Abschnitt, um aufzulisten, wo und mit wem Sie Kopien Ihres Werte- und Präferenzformulars und anderer Dokumente im Zusammenhang mit dem Advance Care Planning gespeichert/geteilt haben. Streichen Sie diese Frage, wenn Sie sie nicht ausfüllen möchten.

They have a copy of my: Sie haben eine Kopie von:					
Details Details	Values and Preferences Form Werte- und Präferenzformular	Advance Health Directive Patientenverfügung	Enduring Power of Guardianship (EPG) Dauerhafte Vormundschaft	Enduring Power of Attorney (EPA) Dauerhafte Bevollmächtigung	Will Testament
Who else has a copy? Wer hat sonst noch eine Kopie?					
My family, friends and carers Meine Familie, Freunde und Betreuer					
Person 1 Person 1	Name Name				
	Contact details Kontaktdetails				
Person 2 Person 2	Name Name				
	Contact details Kontaktdetails				

<b>My enduring guardian(s)</b> <b>Mein(e) dauerhafte(n) Vormund(e)</b>				
Enduring guardian 1 Dauerhafter Vormund 1	Name			
	Name			
	Contact details			
Kontaktdetails				
Enduring guardian 2 Dauerhafter Vormund 2	Name			
	Name			
	Contact details			
Kontaktdetails				
<b>My health professionals</b> <b>Meine medizinischen Fachkräfte</b>				
GP Hausarzt	Name			
	Name			
	Contact details			
Kontaktdetails				
Specialist/health professional 1 Facharzt/ Medizinische Fachkraft 1	Name			
	Name			
	Contact details			
Kontaktdetails				
Specialist/health professional 2 Facharzt/ Medizinische Fachkraft 2	Name			
	Name			
	Contact details			
Kontaktdetails				
Residential aged care facility Stationäre Alten- pflegeeinrichtung	Facility name			
	Name der Einrichtung			
	Contact details			
Kontaktdetails				
Local hospital Örtliches Krankenhaus	Hospital name			
	Name des Krankenhauses			
	Contact details			
Kontaktdetails				

continued  
fortgesetzt

**They have a copy of my:  
Sie haben eine Kopie von:**

Details Details	Values and Preferences Form Werte- und Präferenzformular	Advance Health Directive Patientenverfügung	Enduring Power of Guardianship (EPG) Dauerhafte Vormundschaft	Enduring Power of Attorney (EPA) Dauerhafte Bevollmächtigung	Will Testament
<b>Online versions Online-Versionen</b>					
My Health Record My Health Record					
<b>Other people who have a copy Andere Leute, die eine Kopie haben</b>					

It is important to make sure you know where your original advance care planning document(s) are so that you (and your family) can access them easily if needed. It may be useful to keep them all in the same place.

Es ist wichtig sicherzustellen, dass Sie wissen, wo sich Ihre Originalunterlagen zum Advance Care Planning befinden, damit Sie (und Ihre Familie) bei Bedarf leicht darauf zugreifen können. Es kann nützlich sein, sie alle am selben Ort aufzubewahren.

<b>Document Dokument</b>	<b>Where do I keep the original of my current advance care planning document(s)? Wo bewahre ich das Original meines/meiner aktuellen Advance Care Planning-Dokuments/Dokumente auf?</b>
Values and Preferences Form Werte- und Präferenzformular	
Advance Health Directive Patientenverfügung	
Enduring Power of Guardianship (EPG) Dauerhafte Vormundschaft (EPG)	
Enduring Power of Attorney (EPA) Dauerhafte Bevollmächtigung (EPA)	
Will Testament	



# Signing of Values and Preferences Form

## Unterzeichnung des Werte- und Präferenzformulars

- You are encouraged to sign this Values and Preferences Form. If you are physically incapable of signing this Values and Preferences Form, you can ask another person to sign for you. You must be present when the person signs for you.
- Wir empfehlen, dass Sie dieses Werte- und Präferenzformular unterschreiben. Wenn Sie körperlich nicht in der Lage sind, dieses Werte- und Präferenzformular zu unterschreiben, können Sie eine andere Person bitten, für Sie zu unterschreiben. Sie müssen anwesend sein, wenn die Person für Sie unterschreibt.

**This is my true record on this date and I request that my values, beliefs and preferences are respected.**

**Dies ist meine wahrheitsgemäße Aufzeichnung am heutigen Tag und ich bitte darum, dass meine Werte, Überzeugungen und Präferenzen respektiert werden.**

Signed by:

(signature of person making this Values and Preferences Form)

Unterzeichnet von:

(Unterschrift der Person, die dieses Werte- und Präferenzformular erstellt)

Date: (dd/mm/year)

Datum: (TT/MM/Jahr)

**Or**

**Oder**

Signed by:

(name of person who the maker of the Values and Preferences Form has directed to sign)

Unterzeichnet von:

(Name der Person, die der Ersteller des Werte- und Präferenzformulars zur Unterzeichnung angewiesen hat)

Date: (dd/mm/year)

Datum: (TT/MM/Jahr)

In the presence of, and at the direction of:

(insert name of maker of Values and Preferences Form)

In Anwesenheit und auf Anweisung von:

(Name des Ersteller des Werte- und Präferenzformulars einfügen)

Date: (dd/mm/year)

Datum: (TT/MM/Jahr)

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

Dieses Dokument kann auf Anfrage für eine Person mit Behinderung in alternativen Formaten zur Verfügung gestellt werden.

© Department of Health 2022

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

Das Urheberrecht an diesem Material liegt, sofern nicht anders angegeben, beim Bundesstaat Westaustralien. Abgesehen von der ehrlichen Handlungsweise zum Zwecke des privaten Studiums, der Forschung, Kritik oder Überprüfung, wie dies gemäß den Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes von 1968 [*Copyright Act 1968*] zulässig ist, darf kein Teil für irgendwelche Zwecke ohne schriftliche Genehmigung des Bundesstaats Westaustralien vervielfältigt oder wiederverwendet werden.