

หนังสือแสดงเจตจำนงของผู้ป่วย

ADVANCE DIRECTIVE

PATIENTENVERFÜGUNG

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้แสดงเจตจำนง

Personal Information of the Grantor

Persönliche Informationen des Vollmachtgebers

ชื่อสกุล ชื่อตัว

Surname, First Names
Name, Vornamen

วันเดือนปีเกิด

Date of Birth
Geburtsdatum

ถิ่นฐานเดิม / สถานที่เกิด

Place of origin / Place of Birth
Heimatort / Geburtsort

หนังสือเดินทางเลขที่ / บัตรประชาชนเลขที่

Passport No. / Thai ID No.
Passnummer / Thai ID Nummer

สัญชาติ

Nationality
Nationalität

ที่อยู่

Address
Adresse

โทรศัพท์ โทรสาร อีเมล

Telephone, Fax, Email
Telefon, Telefax, E-Mail

หากไม่มีการยกเลิกหรือเลื่อนไป หนังสือแสดงเจตจำนงนี้จะมีผลใช้ได้ไป.....

Unless revoked or suspended, this advance directive will continue for:

Ohne Widerruf ist diese Patientenverfügung gültig für:

ตลอดชีวิตของข้าพเจ้า My entire life lebenslanglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ใช่ Yes Ja	ไม่ใช่ No Nein
มีผลใช้ได้ไปจนถึง (วันเดือนปี) Valid until (Date) Gültig bis (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ใช่ Yes Ja	ไม่ใช่ No Nein

การแต่งตั้งผู้แทนด้านการรักษาและดูแลสุขภาพของข้าพเจ้า
Appointment of Health Care Representative
Ernennung des Vorsorgebevollmächtigten

ข้าพเจ้าขอแต่งตั้งบุคคลต่อไปนี้ให้เป็นผู้แทนด้านการรักษาและดูแลสุขภาพของข้าพเจ้า
As my health care representative I appoint
als meinen Vorsorgebevollmächtigten ernenne ich

ชื่อสกุล ชื่อตัว
Surname, First Names
Name, Vornamen

.....

วันเดือนปีเกิด
Date of Birth
Geburtsdatum

ถิ่นฐานเดิม / สถานที่เกิด
Place of origin / Place of Birth
Heimatort / Geburtsort

.....

หนังสือเดินทางเลขที่ / บัตรประชาชนเลขที่
Passport No. / Thai ID No.
Passnummer / Thai ID Nummer

สัญชาติ
Nationality
Nationalität

.....

ที่อยู่
Address
Adresse

.....

โทรศัพท์ โทรสาร อีเมล
Telephone, Fax, Email
Telefon, Telefax, E-Mail

.....

AUSWANDERN

ในกรณีที่ผู้แทนด้านการรักษาและดูแลสุขภาพของข้าพเจ้าติดขัดหรือไม่สะดวก หรือติดต่อไม่ได้
ข้าพเจ้าขอแต่งตั้งบุคคลต่อไปนี้ให้เป็นผู้แทนสำรองด้านการรักษาและดูแลสุขภาพของข้าพเจ้า
In the event my health care representative is unavailable, I appoint as my alternate health
care representative:

Für den Fall, dass mein Vorsorgebevollmächtigter nicht abkömmlich ist, ernenne ich als
meinen stellvertretenden Vorsorgebevollmächtigten:

ชื่อสกุล ชื่อตัว
Surname, First Names
Name, Vornamen

.....

วันเดือนปีเกิด
Date of Birth
Geburtsdatum

ถิ่นฐานเดิม / สถานที่เกิด
Place of origin / Place of Birth
Heimatort / Geburtsort

.....

หนังสือเดินทางเลขที่ / บัตรประชาชนเลขที่
Passport No. / Thai ID No.
Passnummer / Thai ID Nummer

สัญชาติ
Nationality
Nationalität

.....

ที่อยู่
Address
Adresse

.....

โทรศัพท์ โทรสาร อีเมล
Telephone, Fax, Email
Telefon, Telefax, E-Mail

.....

AUSWANDERN

คำแนะนำ/ข้อบ่งชี้เกี่ยวกับสุขภาพ

Health Care Instructions

Anweisungen für gesundheitliche Versorgung

มาตรการรักษา/ยืดเวลาชีวิต

Life Support

Lebenserhaltende Massnahmen

ผู้แทนของข้าพเจ้า สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับมาตรการรักษา/ยืดเวลาชีวิตให้ข้าพเจ้า My representative MAY decide about life support for me. Mein Bevollmächtigter DARF über lebenserhaltende Massnahmen für mich entscheiden.	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein
ผู้แทนของข้าพเจ้า สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการให้สารอาหารทางสายยางสำหรับข้าพเจ้า My representative MAY decide about tube feeding for me. Mein Bevollmächtigter DARF über künstliche Ernährung für mich entscheiden.	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein

หากว่าข้าพเจ้ากำลังจะเสียชีวิต และมาตรการรักษาชีวิต อาจจะยืดเวลาของชีวิตไปได้สัก

If I am close to death and life support would only postpone that moment of my death:

Wenn ich dem Tod nahe bin und lebenserhaltende Massnahmen nur den Moment des Todes herausschieben würden:

ข้าพเจ้าต้องการรับสารอาหารทางสายยาง I want to receive tube feeding. will ich künstlich ernährt werden.	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein
ข้าพเจ้าต้องการรับสารอาหารทางสายยาง เฉพาะในกรณีที่แพทย์แนะนำ I want tube feeding only as my physician recommends. will ich nur künstlich ernährt werden, wenn es mein Arzt empfiehlt.	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein
ข้าพเจ้าไม่ต้องการ/ ปฏิเสธการรับสารอาหารทางสายยาง I DO NOT WANT tube feeding. will ich NICHT künstlich ernährt werden.	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein
ข้าพเจ้าต้องการรับมาตรการรักษา/ยืดเวลาของชีวิตอย่างอื่น ที่อาจจะนำมาใช้กับข้าพเจ้า I want any other life support that may apply. will ich jegliche weitere lebenserhaltende Massnahmen, die möglich sind.	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein
ข้าพเจ้าต้องการรับมาตรการรักษา/ยืดเวลาของชีวิต เฉพาะในกรณีที่แพทย์แนะนำ I want life support only as my physician recommends. will ich lebenserhaltende Massnahmen nur, wenn sie mein Arzt empfiehlt.	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein
ข้าพเจ้าไม่ต้องการ/ ปฏิเสธการรับมาตรการรักษา/ยืดเวลาของชีวิต I want NO life support. will ich KEINE lebenserhaltenden Massnahmen.	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein

หากข้าพเจ้าหมดสติ และดูเหมือนว่าโอกาสที่ข้าพเจ้าจะกลับมามีสติอีกนั้นดูจะเป็นไปไม่ได้

If I am unconscious and it is very unlikely that I will ever become conscious again:

Wenn ich bewusstlos bin und es sehr unwahrscheinlich ist, dass ich je wieder das Bewusstsein erlange:

ข้าพเจ้าต้องการรับสารอาหารทางสายยาง I want to receive tube feeding. will ich künstlich ernährt werden.	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein
ข้าพเจ้าต้องการรับสารอาหารทางสายยาง เฉพาะในกรณีที่แพทย์แนะนำ I want tube feeding only as my physician recommends. will ich nur künstlich ernährt werden, wenn es mein Arzt empfiehlt.	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein

<p>ข้าพเจ้าต้องการรับสารอาหารทางสายยาง I want to receive tube feeding. will ich künstlich ernährt werden.</p>	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein
<p>ข้าพเจ้าไม่ต้องการ/ ปฏิเสธการรับสารอาหารทางสายยาง I DO NOT WANT tube feeding. will ich NICHT künstliche ernährt werden.</p>	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein
<p>ข้าพเจ้าต้องการรับมาตรการรักษา/ยืดเวลาของชีวิตอย่างอื่น ที่อาจจะนำมาใช้กับข้าพเจ้า I want any other life support that may apply. will ich jegliche weitere lebenserhaltende Massnahmen, die möglich sind.</p>	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein
<p>ข้าพเจ้าต้องการรับมาตรการรักษา/ยืดเวลาของชีวิต เฉพาะในกรณีที่แพทย์แนะนำ I want life support only as my physician recommends. will ich nur lebenserhaltende Massnahmen, wie mein Arzt diese empfiehlt.</p>	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein
<p>ข้าพเจ้าไม่ต้องการ/ ปฏิเสธการรับมาตรการรักษา/ยืดเวลาของชีวิต I want NO life support. will ich KEINE lebenserhaltenden Massnahmen.</p>	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein

ในกรณีที่ข้าพเจ้าป่วยหนักถึงขั้นที่อาจจะต้องเสียชีวิต และถึงขั้นที่ไม่สามารถสื่อสารกับข้าพเจ้าได้อย่างปกติ และสม่ำเสมอแล้ว และข้าพเจ้าไม่สามารถกลืนอาหารและน้ำได้แล้ว และข้าพเจ้าไม่สามารถดูแลตนเองได้อีกต่อไป หรือไม่สามารถจดจำสมาชิกในครอบครัวและคนอื่นๆได้อีก หรือ/และว่าโอกาสที่ข้าพเจ้าจะกลับมามีสภาพที่ดีขึ้นอย่างเดิมได้แล้ว

If I have a progressive illness that will be fatal and is in an advanced stage, and I am consistently and permanently unable to communicate by any means, swallow food and water safely, care for myself and recognize my family and other people, and it is very unlikely that my condition will substantially improve:

Wenn ich an einer fortgeschrittenen progressiven Krankheit leide, die tödlich enden wird und in fortgeschrittenem Stadium ist, wenn mir die Kommunikation ständig und dauerhaft unmöglich ist, wenn ich Essen und Trinken nicht mehr schlucken kann, wenn ich mich nicht mehr um mich selbst kümmern kann, meine Familie und andere Personen nicht mehr erkenne, wenn es sehr unwahrscheinlich ist, dass sich mein Zustand erheblich verbessern wird:

<p>ข้าพเจ้าต้องการรับสารอาหารทางสายยาง I want to receive tube feeding. will ich künstlich ernährt werden.</p>	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein
<p>ข้าพเจ้าต้องการรับสารอาหารทางสายยาง เฉพาะในกรณีที่แพทย์แนะนำ I want tube feeding only as my physician recommends. will ich nur künstlich ernährt werden, wenn es mein Arzt empfiehlt.</p>	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein
<p>ข้าพเจ้าไม่ต้องการ/ ปฏิเสธการรับสารอาหารทางสายยาง I DO NOT WANT tube feeding. will ich NICHT künstlich ernährt werden.</p>	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein
<p>ข้าพเจ้าต้องการรับมาตรการรักษา/ยืดเวลาของชีวิตอย่างอื่น ที่อาจจะนำมาใช้กับข้าพเจ้า I want any other life support that may apply. will ich jegliche weitere lebenserhaltende Massnahmen, die möglich sind.</p>	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein
<p>ข้าพเจ้าต้องการรับมาตรการรักษา/ยืดเวลาของชีวิตอย่างอื่น เฉพาะในกรณีที่แพทย์แนะนำ I want life support only as my physician recommends. will ich nur lebenserhaltende Massnahmen, wie mein Arzt diese empfiehlt.</p>	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein
<p>ข้าพเจ้าไม่ต้องการ/ ปฏิเสธการรับมาตรการรักษา/ยืดเวลาของชีวิต I want NO life support. will ich KEINE lebenserhaltenden Massnahmen.</p>	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein

ในกรณีที่มาตรการรักษา/ยืดเวลาของชีวิตไม่สามารถช่วยให้สถานการณ์ของการรักษาทางการแพทย์ของข้าพเจ้าดีขึ้น และข้าพเจ้าต้องทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดรุนแรงถาวร

If life support would not help my medical condition and would make me suffer permanent and severe pain:

Wenn lebenserhaltende Massnahmen meinen medizinischen Zustand nicht verbessern und ich permanent starke Schmerzen erleiden muss:

<p>ข้าพเจ้าต้องการรับสารอาหารทางสายยาง I want to receive tube feeding. will ich künstlich ernährt werden.</p>	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein
<p>ข้าพเจ้าต้องการรับสารอาหารทางสายยาง เฉพาะในกรณีที่แพทย์แนะนำ I want tube feeding only as my physician recommends. will ich nur künstlich ernährt werden, wenn es mein Arzt empfiehlt.</p>	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein
<p>ข้าพเจ้าไม่ต้องการ/ ปฏิเสธการรับสารอาหารทางสายยาง I DO NOT WANT tube feeding. WILL ich NICHT künstlich ernährt werden.</p>	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein
<p>ข้าพเจ้าต้องการรับมาตรการรักษา/ยืดเวลาของชีวิตอย่างอื่น ที่อาจจะนำมาใช้กับข้าพเจ้า I want any other life support that may apply. will ich jegliche weitere lebenserhaltende Massnahmen, die möglich sind</p>	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein
<p>ข้าพเจ้าต้องการรับมาตรการรักษา/ยืดเวลาของชีวิต เฉพาะในกรณีที่แพทย์แนะนำ I want life support only as my physician recommends. will ich nur lebenserhaltende Massnahmen, wie mein Arzt diese empfiehlt.</p>	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein
<p>ข้าพเจ้าไม่ต้องการ/ ปฏิเสธการรับมาตรการรักษา/ยืดเวลาของชีวิต I want NO life support. will ich KEINE lebenserhaltenden Massnahmen.</p>	<input type="checkbox"/> ใช่ Yes Ja	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No Nein

AUSWANDERN

คำสั่งในส่วนที่เกี่ยวกับร่างกายของข้าพเจ้า หลังจากที่ข้าพเจ้าเสียชีวิตแล้ว

Directive for my Body after Death

Weisungen, die meinen Körper nach dem Tod betreffen

ข้าพเจ้าได้ดำเนินการสั่งเสียเกี่ยวกับพิธีฝังศพของข้าพเจ้าไว้แล้ว I have made funeral arrangements. Ich habe meine Bestattung organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ใช่ Yes Ja	ไม่ใช่ No Nein

ในกรณีที่ข้าพเจ้าเสียชีวิตลงแล้ว ขอให้ดำเนินการดังต่อไปนี้โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้กับร่างกายของข้าพเจ้า

As soon as it is practical following my death, I want my body to be:

So schnell wie es nach meinem Ableben möglich ist, möchte ich, dass mein Körper:

ฌาปนกิจ Cremated. Kremiert wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ใช่ Yes Ja	ไม่ใช่ No Nein
ฝัง Buried. Beerdigt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ใช่ Yes Ja	ไม่ใช่ No Nein

ในกรณีที่ตอบรับ ให้ไปดำเนินการที่

If yes, at

Wenn ja, in

นำร่างกาย/อวัยวะไปบริจาคเพื่อประโยชน์ทางวิทยาศาสตร์ และส่วนที่เหลือ ให้นำไปดำเนินการตามความเหมาะสมโดยสถาบันที่รับบริจาค donated to science and the remains to be disposed of in accordance with the policies of the recipient institution. der Wissenschaft zur Verfügung gestellt und die sterblichen Überreste entsprechend den Möglichkeiten des Institutes bestattet werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ใช่ Yes Ja	ไม่ใช่ No Nein
ข้าพเจ้าต้องการให้ร่างกาย/ศพของข้าพเจ้าสามารถนำไปตรวจ/ดูได้ I request there be visitation of my body. Ich will, dass mein Leichnam besichtigt werden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ใช่ Yes Ja	ไม่ใช่ No Nein
ข้าพเจ้าต้องการให้เปิดโลงศพของข้าพเจ้า I request the casket be open. Ich will, dass mein Sarg offen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ใช่ Yes Ja	ไม่ใช่ No Nein
ข้าพเจ้าต้องการให้มีการจัดพิธีฝังศพ I request a funeral to be held. Ich will eine Bestattungsfeier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ใช่ Yes Ja	ไม่ใช่ No Nein

การยอมรับโดยผู้แทนด้านการรักษาและดูแลสุขภาพ
Acceptance by Health Care Representative
Zustimmung des Vorsorgebevollmächtigten

ข้าพเจ้ายอมรับการแต่งตั้งนี้และเห็นด้วยที่จะทำหน้าที่เป็นผู้แทนด้านการรักษาและดูแลสุขภาพ ข้าพเจ้ารับรู้ว่า
ข้าพเจ้าจะต้องดำเนินการให้สอดคล้องกับเจตจำนงของบุคคลผู้ซึ่งข้าพเจ้าเป็นตัวแทน
ดังที่ได้กำหนดไว้ในหนังสือแสดงเจตจำนงของผู้ป่วย
ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ทราบถึงความต้องการของบุคคลที่ข้าพเจ้าเป็นตัวแทน
ข้าพเจ้ามีหน้าที่ที่จะต้องดำเนินการความศรัทธาที่ดี เพื่อผลประโยชน์สูงสุดของบุคคลนั้น ข้าพเจ้าทราบดีว่า
เอกสารหนังสือนี้อนุญาตให้ข้าพเจ้าทำหน้าที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลบุคคลนี้เท่านั้น ข้าพเจ้าทราบดีว่า
เฉพาะในกรณีที่บุคคลดังกล่าวไม่อยู่ในสถานะที่จะทำเช่นนั้นได้เอง ข้าพเจ้ารับทราบด้วยว่า
บุคคลผู้แต่งตั้งข้าพเจ้าสามารถยกเลิก/บอกเลิกคำสั่งดังกล่าวได้
ในกรณีที่ข้าพเจ้ารับทราบหนังสือแต่งตั้งนี้มิได้มีผลใช้บังคับต่อไปอีกแล้ว
ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บุคคลผู้ดูแลในเวลานั้นทราบ หากว่าข้าพเจ้าจะทราบว่ามีใครเป็นผู้ดูแลอยู่ในเวลานั้น

I accept this appointment and agree to serve as health care representative. I understand I must act consistently with the desires of the person I represent, as expressed in this advance directive or otherwise made known to me. If I do not know the desires of the person I represent, I have a duty to act in what I believe in good faith to be that person's best interest. I understand that this document allows me to decide about that person's health care only while that person cannot do so. I understand that the person who appointed me may revoke this appointment. If I learn that this document has been suspended or revoked, I will inform the person's current health care provider if known to me.

Ich stimme dieser Ernennung zu und bin gewillt als Vorsorgebevollmächtigter zu agieren. Ich verstehe, dass ich in Übereinstimmung mit den Wünschen der zu vertretenden Person handeln muss, so wie in der mir bekannten Patientenverfügung festgelegt. Falls ich die Wünsche der zu vertretenden Person nicht kenne, habe ich die Pflicht in gutem Glauben und im besten Interesse dieser Person zu handeln. Ich verstehe, dass das Dokument mir nur erlaubt über die Pflege dieser Person zu entscheiden, wenn sie selbst nicht dazu in der Lage ist. Ich verstehe, dass die Person, die mich eingesetzt hat, dies widerrufen kann. Sollte ich erfahren, dass dieses Dokument ausser Kraft gesetzt wurde, werde ich die aktuelle Betreuungsperson davon in Kenntnis setzen, sofern mir diese bekannt ist.

ลายมือชื่อของผู้แทนด้านการรักษาและดูแลสุขภาพ
Signature of Health Care Representative
Unterschrift des Vorsorgebevollmächtigten

วันที่
Date
Datum

ลายมือชื่อของผู้แทนสำรองด้านการรักษาและดูแลสุขภาพ
Signature of Alternate Health Care Representative
Unterschrift des stellvertretenden Vorsorgebevollmächtigten

วันที่
Date
Datum

ลายมือชื่อของผู้แต่งตั้ง/มอบหมาย
Signature of the Grantor
Unterschrift des Vollmachtgebers

วันที่
Date
Datum