 <b>GEMEINDEDIAKONIE</b> Mannheim	<b>Gemeindediakonie Mannheim</b>	Revisionsnummer: A-46-06
	<b>Prozess: Beratung</b> <b>Formular gVP Werteermittlung</b>	Stand: 17.02.2021

## Werteermittlung in Prozess der GVP


Name: \_\_\_\_\_ Geb.dat.: \_\_\_\_\_

### Einleitung (in leichter Sprache):

- Wir besprechen heute ein schwieriges Thema.
- Es geht um schwere Krankheit, die Behandlung von Krankheiten und den Tod.
- Wir sprechen mit ganz vielen Menschen mit Behinderung über das Thema.
- Das heißt: Sie sind nicht krank. Sie müssen keine Angst haben.
- Aber: Sie sollen überlegen was für Sie wichtig ist.
- Es gibt keine richtigen und falschen Antworten. Alles was Sie sagen ist richtig!
- Unser Gespräch ist vertraulich: Keiner der am Tisch sitzt soll mit anderen darüber sprechen.
- Ich schreibe alles auf.
- Wir brechen das Gespräch ab. Wenn Sie nicht mehr weitersprechen wollen.
- Wenn die Zeit nicht reicht treffen wir uns nochmal.
- Das Gespräch heute ist der Anfang. Es gibt noch mehr Gespräche
- Was wir hier tun heißt Gesundheitliche Versorgungs-Planung. Sie besteht aus mehreren Teilen:
  - Werteermittlung
  - Patientenverfügung
  - Vertreterverfügung
  - Notfallbogen

### Das muss man über mich wissen:

- Wichtiges aus Biographie
- Brüche in der Biographie
- Krankheiten / Traumata
- Familie
- 



 <b>GEMEINDEDIAKONIE</b> Mannheim	<b>Gemeindediakonie Mannheim</b>	Revisionsnummer: A-46-06
	<b>Prozess: Beratung</b> <b>Formular gVP Werteermittlung</b>	Stand: 17.02.2021

### Das Leben zwischen Geburt und Tod

- Verbringen Sie Ihre Zeit gerne mit anderen oder sind sie lieber alleine?
- Welche Hobbies haben Sie?
- Was essen Sie am liebsten? Was mögen Sie nicht?
- Was trinken Sie am liebsten? Was mögen Sie nicht?
- Lesen Sie gerne? Oder hören Sie gerne zu wenn jemand vorliest?
- Leben Sie gerne? Macht das Leben Ihnen Spaß und Freude?
- Ist es wichtig für Sie noch lange zu leben?


### Lebensqualität

- Was ist gerade das Wichtigste in Ihrem Leben?
- Wer sind die wichtigsten Menschen in Ihrem Leben?
- Stellen Sie sich vor: Sie haben starke Schmerzen. Medikamente helfen gut gegen die Schmerzen. Aber Medikamente haben auch Nachteile: zum Beispiel machen die Medikamente sehr müde. - Manchmal erkennt man andere Menschen nicht. Manchmal weiß man nicht ob es Morgen oder Abend ist. Wollen Sie das?


 <b>GEMEINDEDIAKONIE</b> Mannheim	<b>Gemeindediakonie Mannheim</b>	Revisionsnummer: A-46-06
	<b>Prozess: Beratung</b> <b>Formular gVP Werteermittlung</b>	Stand: 17.02.2021

### Krankheit, Sterben, Tod


- Waren Sie schon einmal schwer krank? Wie haben Sie das erlebt?
- Wenn Sie schwer krank wären: Sollte dann Alles gemacht werden um Sie zu heilen.
- Stellen Sie sich vor:  
Sie sind schwer krank. Eine Behandlung hilft Ihnen weiter zu leben. Aber Sie können nicht mehr alles tun wie vorher. Vielleicht können Sie nur noch im Bett liegen. Vielleicht können Sie nicht mehr alleine Essen: Wollen Sie das?
- Stellen Sie sich vor:  
Sie wären schwer krank. Die Krankheit könnte nicht geheilt werden. Sie Könnten nicht mehr so leben wie heute: Wollen Sie das?  
Beispiele: Schlaganfall
- Haben Sie schon mit anderen Menschen über Krankheit oder Tod gesprochen?
- Jeder Mensch muss einmal sterben. Wenn Sie einmal sterben werden: Was wünschen Sie sich?  
Beispiele: Wo wollen Sie sterben? Wer soll da sein? Was soll dann nicht geschehen?


### Beim Arzt / Im Krankenhaus

- Vertrauen Sie Ihrem Arzt?
- Wenn Sie an Krankheiten oder Behandlungen im Krankenhaus denken: Macht Ihnen das Sorgen.
- Oder haben Sie Angst? Wovor? Was darf auf keinen Fall geschehen?


### Konkrete Situationen

Situation	Hat Angst	Hat keine Angst	Hat Panik (Wie äußert sich diese?)	Wie geht man damit um? Was hilft dagegen?
Bekannte Ärzte				
Fremde Ärzte				
Fremdes Pflegepersonal				
Medikamente				
Spritzen				
Blutentnahme				
Röntgen				
CT/MRT				
EEG				
EKG				
Im Krankenhaus bleiben müssen				
Lange im Wartezimmer warten müssen				
Berührungen durch fremde Personen				

 <b>GEMEINDEDIAKONIE</b> Mannheim	<b>Gemeindediakonie Mannheim</b>	Revisionsnummer: A-46-06
	<b>Prozess: Beratung</b> <b>Formular gVP Werteermittlung</b>	Stand: 17.02.2021

### Glaube, Spiritualität, Beerdigung, Nachlass

- Glauben Sie an Gott?
- Beten Sie oder sprechen Sie mit Gott?
- Gehen Sie in die Kirche/Mosche/Synagoge o.ä.?
- Ist es für Sie wichtig mit anderen über Gott zu sprechen?
- Wenn Sie schwer krank wären. Oder bald sterben würden. Soll Sie dann ein Geistlicher oder Pfarrer besuchen?
- Was ist Ihnen für Ihre Beerdigung wichtig?
- Was soll mit Ihren Sachen geschehen wenn Sie tot sind?


### Abschluss des Gesprächs


- Zusammenfassung der Ergebnisse
- Verbleib der Dokumente/Archivierung
- Reflexion
  - Wie fühlen Sie sich nach unserem Gespräch?
  - Entspricht das Ergebnis Ihren Erwartungen?
- Dank

### Ergänzungen/Anmerkungen:

Frau/Herr _____ hat selbst Angaben zu seinen/ihren Vorlieben gemacht. <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/>
--

Frau/Herr _____ hat Wünsche bezüglich der letzten Lebensphase geäußert. <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/>
--

Frau/Herr _____ kann sich aufgrund seiner/ihrer Behinderungen nicht (vollumfänglich) über seine/ihre Vorstellungen und über Behandlungswünsche äußern. Es muss zu seinem/ihrer Wohle gehandelt werden. Der mutmaßliche Wille wurde ermittelt. <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/>
--

 <b>GEMEINDEDIAKONIE</b> Mannheim	<b>Gemeindediakonie Mannheim</b>	Revisionsnummer: A-46-06
	<b>Prozess: Beratung</b> <b>Formular gVP Werteermittlung</b>	Stand: 17.02.2021

**Weitere Notizen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Die Werteermittlung wurde durchgeführt von:**

_____	_____	_____
Name GVP-Berater*in	Ort, Datum,	Unterschrift
_____	_____	_____
Name Klient*in	Ort, Datum,	Unterschrift
_____	_____	_____
ggf. Name weitere Person/Funktion	Ort, Datum	Unterschrift
_____	_____	_____
ggf. Name weitere Person/Funktion	Ort, Datum	Unterschrift

**Kenntnisnahme durch die gesetzliche Betreuung:**

_____	_____	_____
Name Gesetzl. Betreuer*in	Ort, Datum	Unterschrift