

Plan Für Krisen und Notfälle-Palliativer Behandlungsplan

(von Arzt/Ärztin und Betreuungsperson auszufüllen)

Name	Geburtsdatum
------	--------------

Medizinischer Hintergrund

Hauptdiagnose und relevante Nebendiagnosen

- Die Situation erfordert ein überwiegend palliatives Betreuungskonzept
 - Die Verlegung in ein Krankenhaus ist nicht mehr erwünscht
 - Kardio-pulmonale Reanimation ist der Situation nicht mehr angemessen

Entscheidungshintergrund

Entscheidungs-und Urteilsfähigkeit ist gegeben	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Patientenverfügung liegt vor	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Vorsorgevollmacht ist erteilt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Betreuungsverfügung liegt vor	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hinweise für Ablehnung medizinischer Maßnahmen durch Patient/Patientin		
Mutmaßlicher Patientenwille	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Keine
Anmerkungen:		
Die Angehörigen sind über die Situation informiert	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Dokumentation für Notärzte

Sehr geehrte Notärztin/sehr geehrter Notarzt

Der/die Patient/in hat den Wunsch geäußert bis zuletzt zu Hause betreut zu werden und wird in seinem/ihrem Wunsch vom Hausarzt, dem Pflegedienst und den pflegenden Angehörigen unterstützt.

- **Bitte unternehmen Sie keine wiederlebenden Maßnahmen**
- **Bitte überweisen Sie nicht in ein Krankenhaus**
- **Bitte unterstützen Sie den/die Patient/in durch Schmerz-und Symptomkontrolle**
- **Bitte setzen Sie sich mit dem diensthabenden Palliativarzt in Verbindung**

Unterschrift Arzt