

Notfallplanung für Palliativpatienten

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Adresse

Wesentliche Diagnosen / Grundkrankheit:

1. _____
2. _____

- Das vorliegende Dokument entspricht dem aktuell geäußerten Willen des Patienten
- Das vorliegende Dokument gilt als Ergänzung zur Patientenverfügung
- Das vorliegende Dokument entspricht dem mutmaßlichen Patientenwillen

Ansprechpartner:

Angehöriger/Bevollmächtigter/Betreuer (Telefonnummer)

Hausarzt (Telefonnummer)

Patientenverfügung vorhanden? ja nein

Vorsorgevollmacht vorhanden? ja nein

Folgendes Vorgehen wurde vereinbart:

Reanimation (Wiederbelebung) ja nein

Intubation und apparative Beatmung ja nein

Transfusionsbehandlung (Blutgabe) ja nein

Spezialdiagnostik + Antibiotika bei Fieber ja nein

PEG (Magensonde durch Bauchdecke) bei Schluckstörungen ja nein

Tägliche Kontrolle der Flüssigkeitsein- und -ausfuhr ja nein

Einweisung in ein Krankenhaus nur im Rahmen eines Unfallgeschehens

Symptomkontrolle soll vorrangig im Pflegeheim/zu Hause erfolgen

Bei Bedarf sollen der kassenärztliche Notdienst oder der Notarzt hinzugezogen werden. Diese sollen unter palliativmedizinischen Gesichtspunkten handeln

Der Patient darf in der nächsten lebensbedrohlichen Krise versterben.

Bemerkungen: _____

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Bedarfsmedikation:

Schmerzen:

Atemnot:

Unruhe/ Angst:

Erregungszustand:

Fieber:

Krampfanfall:

Obstipation:

Sonstiges:
