

Palliativmedizinische Hauptdiagnose
(fortschreitende Erkrankung, die zum Tode
führen kann)

Datum, Unterschrift, Stempel des behandelnden Arztes

Behandelnder Arzt _____

Palliative Care Team _____

1. Auflage Oktober 2015
Konzeption & Idee © Gesundheitskonferenz Essen
Mit freundlichen Unterstützung vom Rotary Club Karlsruhe

Karlsruher Palliativausweis

Herausgeber:
OSP/SAPV Karlsruhe

OSP Karlsruhe
Onkologischer Schwerpunkt Karlsruhe



Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

**Im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes
lehne ich eine Wiederbelebung ab:**

ja nein

**In einer lebensbedrohlichen Situation
wünsche ich mir:**

- nur lindernde Maßnahmen vor Ort und keine lebenserhaltende Therapie
- eine Notfalltherapie vor Ort oder im Krankenhaus, ohne künstliche Beatmung oder Intensivtherapie
- eine maximale Therapie, inklusiv künstliche Beatmung, Intensivtherapie

Adresse _____

Die Entscheidungen entsprechen denen meiner bestehenden Patientenverfügung. Konsequenzen aus den festgelegten Regelungen habe ich mit meinem Arzt besprochen.

Datum, Unterschrift, Patient

Bemerkungen

Therapieentscheidung für den nicht einwilligungsfähigen Patienten aufgrund:

- bestehender Patientenverfügung
- mündlich geäußertem Behandlungswunsch
- mutmaßlichem Willen des Patienten

Name _____

Vorname _____

Telefon _____

Mobil _____

- Gesetzlicher Betreuer
- Bevollmächtigter
- Angehöriger

Datum, Unterschrift