

Karlsruher Palliativnotfallbogen



Herausgeber: SAPV des OSP Karlsruhe, 5. Auflage, 06/2020

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Palliativmedizinische Hauptdiagnose

(fortschreitende Erkrankung, die zum Tode führen kann)

Datum, Unterschrift, Stempel Ärztin/Arzt

Im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes lehne ich eine Herz-Lungen-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, aber ohne künstliche Beatmung oder Intensivtherapie
 eine maximale Therapie, inklusiv künstliche Beatmung und Intensivtherapie

Die Entscheidungen entsprechen denen meiner bestehenden Patientenverfügung.

Konsequenzen aus den festgelegten Regelungen habe ich mit meiner Ärztin/meinem Arzt besprochen.

Datum, Unterschrift Patientin/Patient

Therapieentscheidung für den nicht einwilligungsfähigen Patient aufgrund:

- bestehender Patientenverfügung, die vorliegt:

- mündlich geäußertem Behandlungswunsch
- mutmaßlichem Willen der Patientin/des Patienten

Datum, Unterschrift von:

- gesetzliche Betreuerin/gesetzlicher Betreuer
- Bevollmächtigte/ Bevollmächtigter
- Angehörige/Angehöriger

Name _____

Vorname _____

Telefon _____

Mobil _____

Ansprechpartner (Name, Telefonnummer):

Bezugsperson _____

Palliative Care Team _____

Pflegedienst _____

Hospizdienst _____

Persönlicher Beistand _____

Vorhandene Willenserklärungen:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Patientenverfügung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Vorsorge-, Generalvollmacht | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Betreuung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Empfohlenes Vorgehen in Notfallsituationen für _____

Komplikationen	Bedarfsmedikation	Einzel-dosis und Form	Mindestabstand zwischen 2 Applikationen	Maximale Tagesdosis
Schmerzen				
Atemnot				
Angst				
Krampfanfall				
Verwirrtheit/Unruhe				
Übelkeit/Erbrechen				
Blutung				
Rasselatmung				

Ort, Datum:

Name, Unterschrift, Ärztin/ Arzt:

Name, Unterschrift, Pflegekraft: