

Karlsruher Palliativnotfallbogen



Herausgeber: SAPV des OSP Karlsruhe, 6. Auflage, 10/2021

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Palliativmedizinische Hauptdiagnose

(fortschreitende Erkrankung, die zum Tode führen kann)

Datum, Unterschrift, Stempel Ärztin/Arzt

Im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes ist eine Herz-Lungen-Wiederbelebung erwünscht:

nein ja

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 Patienten 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 Ja Nein

Vorsorge-, Generalvollmacht Ja Nein

Betreuung Ja 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: