

Karlsruher Palliativnotfallbogen



Herausgeber: OSP/SAPV Karlsruhe, 2. Auflage, 10/2015

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Palliativmedizinische Hauptdiagnose

(fortschreitende Erkrankung, die zum Tode führen kann)

Datum, Unterschrift, Stempel Ärztin/Arzt

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

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

- ja
- nein

Die Entscheidungen entsprechen denen meiner bestehenden Patientenverfügung.

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

Datum, Unterschrift Patient/Patientin

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 Ja Nein

Vorsorge-, Generalvollmacht Ja Nein

Betreuungsverfügung Ja Nein



Empfohlenes Vorgehen in Notfallsituationen für _____

Mögliche Komplikationen	Mögliche Bedarfsmedikation/-plan
Schmerzen	
Übelkeit/Erbrechen	
Atemnot	
Angst	
Rasselatmung	
Blutung	
Verwirrtheits-/Unruhezustände	

Ort, Datum:

Name, Unterschrift, Arzt/Ärztin:

Name, Unterschrift, Pflegekraft: