

	Wesentliche Diagnosen/Grundkrankheit:	Ansprechpartner:
Name, Vorname des Patienten	1. _____	Angehöriger/Betreuer (Telefonnummer)
Geburtsdatum	2. _____	Hausarzt (Telefonnummer)
Adresse	<input type="checkbox"/> Das vorliegende Dokument entspricht dem aktuell geäußerten Willen des Patienten. <input type="checkbox"/> Das vorliegende Dokument gilt als Ergänzung zur Patientenverfügung. <input type="checkbox"/> Das vorliegende Dokument entspricht dem mutmaßlichen Patientenwillen.	Patientenverfügung vorhanden? ja nein Vorsorgevollmacht vorhanden? ja nein

Folgendes Vorgehen wurde vereinbart

- | | | | | |
|--|-----------------------------|------|--------------------------|--|
| Reanimation (Wiederbelebung) | <input type="checkbox"/> ja | nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Einweisung in ein Krankenhaus nur im Rahmen eines Unfallgeschehens |
| Intubation und apparative Beatmung | <input type="checkbox"/> ja | nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Symptomkontrolle soll vorrangig im Pflegeheim/zu Hause erfolgen, nur bei Erfolglosigkeit soll eine Einweisung in ein Krankenhaus zur Palliativbehandlung erfolgen |
| Transfusionsbehandlung (Blutgabe) | <input type="checkbox"/> ja | nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Bei Bedarf soll der kassenärztliche Notdienst oder der Notarzt hinzugezogen werden. Diese sollen unter palliativmedizinischen Gesichtspunkten handeln |
| Spezialdiagnostik + Antibiotikagabe bei Fieber | <input type="checkbox"/> ja | nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Der Patient darf bei der nächsten lebensbedrohlichen Verschlechterung versterben. |
| PEG (Magensonde durch Bauchdecke) bei Schluckstörungen | <input type="checkbox"/> ja | nein | <input type="checkbox"/> | |
| Tägliche Kontrolle der Flüssigkeitsein- und -ausfuhr | <input type="checkbox"/> ja | nein | <input type="checkbox"/> | |

Bemerkungen: _____