

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

Folgendes Vorgehen wurde vereinbart

Reanimation (Wiederbelebung)	<input type="checkbox"/>	ja		<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Einweisung in ein Krankenhaus nur im Rahmen eines Unfallgeschehens
Intubation und apparative Beatmung	<input type="checkbox"/>	ja		<input type="checkbox"/>	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		<input type="checkbox"/>	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		<input type="checkbox"/>	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		<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			
Tägliche Kontrolle der Flüssigkeitsein- und -ausfuhr	<input type="checkbox"/>	ja		<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			

Bemerkungen: _____

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Bedarfsmedikation:

Schmerzen:

Atemnot:

Unruhe/Angst:

Erregungszustand:

Fieber:

Krampfanfall:

Sonstiges:

Ort, Datum, Unterschrift (Haus-)Arzt