

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Adresse

## Wesentliche Diagnosen / Grundkrankheit:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

- Das vorliegende Dokument entspricht dem aktuell geäußerten Willen des Patienten
- Das vorliegende Dokument gilt als Ergänzung zur Patientenverfügung
- Das vorliegende Dokument entspricht dem mutmaßlichen Patientenwillen

## Ansprechpartner:

\_\_\_\_\_  
Angehöriger/Bevollmächtigter/Betreuer (Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
Hausarzt (Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
Stationsarzt TPLK (Telefonnummer)

Patientenverfügung vorhanden? ja nein

Vorsorgevollmacht vorhanden? ja nein

## Folgendes Vorgehen wurde vereinbart:

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Reanimation (Wiederbelebung)                           | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Intubation (maschinelle Beatmung)                      | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Transfusionsbehandlung bei Blutung                     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Diagnostik + Antibiotika bei Fieber                    | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| PEG (Magensonde durch Bauchdecke) bei Schluckstörungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Einweisung in die Chirurgie bei Darmverschluss         | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Einweisung auf Intensivstation                         | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

- Klinikeinweisung nur im Rahmen eines Unfallgeschehens
- Symptomkontrolle soll vorrangig im Pflegeheim/zu Hause erfolgen, nur bei Erfolglosigkeit soll eine Einweisung in ein Krankenhaus erfolgen
- Bei Bedarf soll der kassenärztliche Notdienst, nicht der Notarzt hinzugezogen werden. Dieser soll unter palliativmedizinischen Gesichtspunkten handeln
- Der Patient darf in der nächsten Krise versterben.

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

## Bedarfsmedikation:

Schmerzen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Atemnot:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unruhe/ Angst:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Erregungszustand:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fieber:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Krampfanfall:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Obstipation:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstiges:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_