

Was tun im Notfall?

Ein Notfallplan auf Basis der Selbstbestimmung für Patienten, die zuhause in einer Palliativsituation versorgt werden

Wesentliche Diagnosen/Grundkrankheit:

Ansprechpartner:

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Adresse

-
- 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
 - Der Patient befindet sich in einer Palliativsituation

Angehöriger/Bevollmächtigter/Betreuer (Telefonnummer)

Hausarzt (Telefonnummer)

- Patientenverfügung vorhanden? ja nein
- Vorsorgevollmacht vorhanden? ja nein
- Betreuung vorhanden? ja nein

Folgendes Vorgehen wurde vereinbart:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Reanimation (Wiederbelebung) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Intubation und apparative Beatmung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Transfusionsbehandlung (Blutgabe) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Spezialdiagnostik + Antibiotikagabe bei Fieber | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| PEG (Magensonde durch Bauchdecke) bei Schluckstörungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Tägliche Kontrolle der Flüssigkeits- ein- und ausfuhr | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

- Einweisung in ein Krankenhaus nur im Rahmen eines Unfallgeschehens
- Symptomkontrolle soll vorrangig in der Pflegeeinrichtung/zu Hause erfolgen, nur bei Erfolglosigkeit soll eine Einweisung in ein Krankenhaus zur Palliativbehandlung erfolgen.
- Bei Bedarf soll der kassenärztliche Notdienst oder der Notarzt hinzugezogen werden. Diese sollen unter palliativmedizinischen Gesichtspunkten handeln.
- Der Patient darf bei der nächsten lebensbedrohlichen Verschlechterung versterben.

Bemerkungen:

Ort, Datum, Unterschrift Patient

Ort, Datum, Unterschrift Bevollmächtigter/Betreuer

Ort, Datum, Unterschrift (Haus-)Arzt

Ort, Datum, Unterschrift Pflegekraft

Was tun im Notfall?

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Bedarfsmedikation:

Schmerzen:

Atemnot:

Unruhe/ Angst:

Erregungszustand:

Fieber:

Krampfanfall:

Sonstiges:

Ort, Datum, Unterschrift Hausarzt

Ort, Datum, Unterschrift Stationsarzt