

Ein Notfallplan auf der Basis der Selbstbestimmung für Bewohner in Pflegeeinrichtungen und für Palliativpatienten

Wesentliche Diagnosen/Grundkrankheit:

Ansprechpartner:

Name, Vorname des Patienten

Das vorliegende Dokument entspricht dem
aktuell geäußerten Willen des Patienten

Angehöriger/Bevollmächtigter/Betreuer (Telefonnummer)

Geburtsdatum

Das vorliegende Dokument gilt als
Ergänzung zur Patientenverfügung

Hausarzt (Telefonnummer)

Adresse

Das vorliegende Dokument entspricht dem
mutmaßlichen Patientenwillen

Patientenverfügung vorhanden? ja nein

Der Patient befindet sich in einer
Palliativsituation

Vorsorgevollmacht vorhanden? ja nein

Betreuung vorhanden? ja nein

Folgendes Vorgehen wurde vereinbart:

Reanimation (Wiederbelebung)

ja nein

Einweisung in ein Krankenhaus nur im Rahmen eines
Unfallgeschehens

Intubation und apparative Beatmung

ja nein

Symptomkontrolle soll vorrangig in der Pflegeeinrichtung/zu
Hause erfolgen, nur bei Erfolglosigkeit soll eine Einweisung
in ein Krankenhaus zur Palliativbehandlung erfolgen.

Transfusionsbehandlung (Blutgabe)

ja nein

Bei Bedarf soll der kassenärztliche Notdienst oder der
Notarzt hinzugezogen werden. Diese sollen unter
palliativmedizinischen Gesichtspunkten handeln.

Spezialdiagnostik + Antibiotikagabe bei Fieber

ja nein

PEG (Magensonde durch Bauchdecke) bei
Schluckstörungen

ja nein

Der Patient darf bei der nächsten lebensbedrohlichen
Verschlechterung versterben.

Tägliche Kontrolle der Flüssigkeits-
ein- und ausfuhr

ja nein

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