



# ~~XXXXXXXXXX~~ Notfallplanung für Palliativpatienten

\_\_\_\_\_  
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)

Patientenverfügung vorhanden? ja  nein

Vorsorgevollmacht 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 + 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"/> |
| Tägliche Kontrolle der Flüssigkeitsein- und -ausfuhr   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

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

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

# Notfallplanung für Palliativpatienten

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

## Bedarfsmedikation:

Schmerzen:

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

Atemnot:

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

Unruhe/ Angst:

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

Erregungszustand:

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

Fieber:

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

Krampfanfall:

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

Obstipation:

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

Sonstiges:

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

Ort, Datum, Unterschrift (Haus)Arzt