



# Was tun im Notfall?



## Ein Notfallplan auf Basis der Selbstbestimmung für Patienten, die im Krankenhaus 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  nein

Intubation und apparative Beatmung

ja  nein

Transfusionsbehandlung (Blutgabe)

ja  nein

Spezialdiagnostik + Antibiotikagabe bei Fieber

ja  nein

PEG (Magensonde durch Bauchdecke) bei Schluckstörungen

ja  nein

Tägliche Kontrolle der Flüssigkeits- ein- und ausfuhr

ja  nein

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