



In diesem Bogen soll der Stand der Entscheidungen zum Erfassungszeitpunkt – einmal bei Aufnahme, einmal zum Abschluss - dokumentiert werden.

1. IDNR

13. Datum.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E1. Aufklärung		Bemerkung
Über die Diagnose in vollem Umfang aufgeklärt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Über den Status in vollem Umfang aufgeklärt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Über die Prognose in vollem Umfang aufgeklärt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
E2. Patientenverfügung		Bemerkung
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> diskutiert <input type="checkbox"/> erstellt	
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> diskutiert <input type="checkbox"/> erstellt	
Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> diskutiert <input type="checkbox"/> erstellt	
E3. Therapieverzicht		Bemerkung
Wiederbelebung	<input type="checkbox"/> nicht starten <input type="checkbox"/> beenden <input type="checkbox"/> soll erfolgen	
Parenterale Ernährung	<input type="checkbox"/> nicht starten <input type="checkbox"/> beenden <input type="checkbox"/> soll erfolgen	
Flüssigkeitsgabe	<input type="checkbox"/> nicht starten <input type="checkbox"/> beenden <input type="checkbox"/> soll erfolgen	
Chemotherapie	<input type="checkbox"/> nicht starten <input type="checkbox"/> beenden <input type="checkbox"/> soll erfolgen	
Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> nicht starten <input type="checkbox"/> beenden <input type="checkbox"/> soll erfolgen	
Intensivmedizin	<input type="checkbox"/> nicht starten <input type="checkbox"/> beenden <input type="checkbox"/> soll erfolgen	
Sonstige:	<input type="checkbox"/> nicht starten <input type="checkbox"/> beenden <input type="checkbox"/> soll erfolgen	
E4. Palliative Sedierung		Bemerkung
Sedierung erbeten	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> (Ehe)partner <input type="checkbox"/> Andere	
Grund für Sedierung	<input type="checkbox"/> Angst <input type="checkbox"/> Unruhe <input type="checkbox"/> Leiden <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Luftnot <input type="checkbox"/> Sonstige:	
Durchführung	<input type="checkbox"/> intermittierend <input type="checkbox"/> kontinuierlich	
Sedierungstiefe	<input type="checkbox"/> Somnolenz <input type="checkbox"/> Stupor <input type="checkbox"/> Koma	
Medikament	<input type="checkbox"/> Dormicum <input type="checkbox"/> Sonstige:	
E5. Sterbehilfe		Bemerkung
Wunsch: bald sterben	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Andere Fam.	
Aktive Sterbehilfe erbeten	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Andere Fam.	
Grund für Wunsch nach aktiver Sterbehilfe:		
E6. Ethische Konflikte		Bemerkung
Unrealistischer Therapiewunsch	<input type="checkbox"/> des Patienten <input type="checkbox"/> der Angehörigen <input type="checkbox"/> anderer:	
Nicht erfüllter Entlassungswunsch	<input type="checkbox"/> des Patienten <input type="checkbox"/> der Angehörigen <input type="checkbox"/> anderer:	
Nicht mögliche Aufklärung (zur Erkrankung, zu geplanten Therapiemaßnahmen oder zu einem Therapieverzicht)	<input type="checkbox"/> wegen Verdrängung <input type="checkbox"/> wegen Verbot durch Familie <input type="checkbox"/> wegen Demenz <input type="checkbox"/> wegen Verwirrtheit <input type="checkbox"/> wegen Bewusstseinsminderung <input type="checkbox"/> wegen reduziertem Allgemeinzustand <input type="checkbox"/> wegen anderer Gründe:	
Ambivalenz	<input type="checkbox"/> zwischen Hoffnung und Aufklärung <input type="checkbox"/> zwischen Lebenswille und Sterbehilfe <input type="checkbox"/> wechselnder / schwankender emotionaler Zustand <input type="checkbox"/> andere:	
Wut, Aggression	<input type="checkbox"/> des Patienten <input type="checkbox"/> der Angehörigen <input type="checkbox"/> anderer:	
Sonstige:		