

# PALLIATIVNOTFALLBOGEN

Name: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Diagnosen: \_\_\_\_\_

Aktuelle Probleme: \_\_\_\_\_

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

**WICHTIGE Kontaktpersonen / Telefonnummern:**

Nächster Angehöriger: \_\_\_\_\_

Bevollmächtigter:  Ja  Nein

Name/Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

(o.g. Bevollmächtigter gem. §1896 Abs. 2 BGB bei Einwilligungsunfähigkeit ist zur Umsetzung meines in dieser Verfügung bestimmten Willens ernannt)

Palliativteam: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Pflegedienst: \_\_\_\_\_

Kassenärztl. Notdienst: \_\_\_\_\_

Notarzt: 112

Seelsorge: \_\_\_\_\_

Hospiz: \_\_\_\_\_

## Herz-Lungen-Wiederbelebung gewünscht?

Ja  Nein

## Krankenhouseinweisung gewünscht?

Ja (Erläuterung Rückseite)  Nein

## Aufklärung Prognose/Diagnose?

Patient:  Ja  Nein

Angehörige:  Ja  Nein

Patientenverfügung:  Ja  Nein

Vorsorgevollmacht:  Ja  Nein

Hinterlegung der Dokumente: \_\_\_\_\_

## Ablehnung weiterer Maßnahmen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Letzter Klinikaufenthalt: \_\_\_\_\_

Klinik/Einrichtung: \_\_\_\_\_

Aufklärung bei Erstellung des Bogens durch:

Datum Name Unterschrift Patient/Bevollmächtigter

(Aktualisierungen siehe Rückseite, der Notfallbogen entspricht der gültigen Gesetzgebung zu Patientenverfügungen §1901a Abs. 1-5 BGB)

Datum Name des Arztes Unterschrift

(mögliche Konsequenzen, die sich aus der Ablehnung medizinischer Maßnahmen ergeben, wurden dem Patienten erläutert; die volle Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit des Patienten lag zum Zeitpunkt der Erstellung vor)