

Empfehlungen zum Vorgehen in Notfallsituationen

Patient _____ gesetzliche Vertreter	für telefonische Rückfragen:
---	------------------------------

Lebenslimitierende Erkrankung:

Bei dem o.g. Patienten besteht eine schwere, lebenslimitierende Erkrankung. Auf Grund der Gesamtprognose und einer Abwägung von Belastungen und Nutzen sind der Patient und/oder seine gesetzlichen Vertreter nach ausführlicher Aufklärung durch den behandelnden Facharzt der Auffassung, dass palliative Therapieziele (Linderung Leiden verursachender Symptome, ganzheitliche familienzentrierte Therapie) im Vordergrund der Therapie stehen sollten. Die folgenden, einvernehmlich getroffenen Therapiebeschränkungen entsprechen den Wünschen des Patienten und sind in seinem besten Interesse:

Folgende Maßnahmen sind indiziert (ja) oder nicht indiziert (nein) : <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%; text-align: left;">ja</th> <th style="width: 10%; text-align: left;">nein</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Kardiopulmonale Reanimation</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Thoraxkompressionen</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Gabe von Katecholaminen</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Defibrillation / Cardioversion</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Thoraxpunktion, -drainage</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Arterienpunktion</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Maskenbeatmung</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Endotracheales Absaugen</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Intubation</td></tr> </tbody> </table>	ja	nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kardiopulmonale Reanimation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thoraxkompressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gabe von Katecholaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defibrillation / Cardioversion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thoraxpunktion, -drainage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arterienpunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maskenbeatmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endotracheales Absaugen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intubation	Weitere Absprachen:
ja	nein																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kardiopulmonale Reanimation																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thoraxkompressionen																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gabe von Katecholaminen																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defibrillation / Cardioversion																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thoraxpunktion, -drainage																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arterienpunktion																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maskenbeatmung																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endotracheales Absaugen																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intubation																													

Ein zusammenfassendes Protokoll über die hier getroffene Empfehlung befindet sich in der Krankenakte des Patienten. Alle Beteiligten wissen, dass diese Empfehlung regelmäßig (mindestens 6-monatlich) überdacht und erneuert werden sollte und jederzeit ohne jegliche Nachteile für die Beteiligten widerrufen werden kann. Diese Empfehlung soll alle 1 Woche / 1 Monat / 3 Monate / 6 Monate (Nichtzutreffendes streichen) geprüft und ggf. erneuert werden. Diese Aktualisierung wird durch erneute Unterschrift bestätigt.

Ort, Datum, Uhrzeit	Facharzt (verantwortlich)	Pfleger
---------------------	---------------------------	---------

Ort, Datum, Uhrzeit	Facharzt (verantwortlich)	Pfleger
---------------------	---------------------------	---------

Ort, Datum, Uhrzeit	Facharzt (verantwortlich)	Pfleger
---------------------	---------------------------	---------

Die oben genannten Therapiebegrenzungen verlieren ab sofort ihre Gültigkeit:

Ort, Datum, Uhrzeit	Facharzt (verantwortlich)	Pfleger
---------------------	---------------------------	---------