

M U S T E R

PALLIATIVPASS

Name, Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Im Falle eines Herz-Kreislauf Stillstandes: Wiederbelebung beginnen?

- Ja Nein

In einer lebensbedrohlichen Situation mit noch vorhandener Herz-Kreislauf-Funktion wünsche ich:

- nur lindernde (palliative) Maßnahmen vor Ort: keine lebenserhaltende Therapie, ausschließlich Beschwerdelinderung und Schmerztherapie, beruhigende Therapie bei Atemnot, etc.
- eine Notfalltherapie vor Ort und ggf. Krankenhauseinweisung falls nötig, jedoch ohne künstliche Beatmung oder Intensivtherapie
- eine maximale Therapie, inklusiv künstlicher Beatmung, Intensivtherapie

Therapieentscheidung für den einwilligungsfähigen Patienten:

- Die Entscheidungen entsprechen denen meiner bestehenden Patientenverfügung. Konsequenzen aus den festgelegten Regelungen habe ich mit meinem Arzt besprochen.

Datum, Unterschrift des Patienten

Therapieentscheidung für den einwilligungsunfähigen Patienten aufgrund:

- bestehender Patientenverfügung
- mündlich geäußertem Behandlungswunsch
- mutmaßlichem Willen des Patienten

Gesetzlicher Betreuer

Bevollmächtigter

Name: _____

Vorname: _____

Telefon/Mobil: _____

Datum, Unterschrift gesetzl. Betreuer/Bevollmächtigter

Palliativmedizinische Hauptdiagnose(n)

Behandelnder Arzt: _____

Datum, Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Palliativ Care Team:

AAPV¹

SAPV²

¹ AAPV, Allgemeine ambulante Palliativversorgung

² SAPV, spezialisierte ambulante Palliativversorgung