

NOTFALLPLAN IN EINFACHER SPRACHE

Hier kann ich aufschreiben, was im Notfall bei schwerer Krankheit getan oder nicht mehr getan wird.
Im Notfall soll so versorgt und behandelt werden wie angekreuzt.

Name, Vorname: _____ geboren am: _____

Meine Krankheiten: _____

WO ICH BEHANDELT WERDEN MÖCHTE

nur zuhause/Pflegeeinrichtung

im Krankenhaus, wenn erforderlich

WAS ICH MÖCHTE, WENN ICH SCHWER KRANK BIN

Notfallmaßnahmen können bereits auf dem Weg ins Krankenhaus eingeleitet werden

Reanimation Ja Nein Wiederbelebung, wenn z.B. das Herz nicht mehr schlägt

Intensivmedizin Ja Nein Behandlung im Krankenhaus durch erfahrene Menschen.
Sie helfen mit Maschinen oder Medikamenten, die das Leben beschützen

Intubation Ja Nein Atemhilfe mit einem Schlauch durch den Mund

Maskenbeatmung Ja Nein Atemhilfe mit einer festen Maske vor dem Gesicht

Symptomkontrolle: Ich wünsche mir die Linderung von Schmerzen, Luftnot, Angst und anderen Problemen.
Das schwere Wort hierfür heißt Palliativbehandlung

Dieser Notfallplan ist mein schriftlich erklärter Wille

Dieser Notfallplan entspricht meinem mündlich geäußerten Willen

Feststellung des mutmaßlichen Willens durch Betreuer/Bevollmächtigten ermittelt*

Eine Beratung erfolgte durch: Ärztin/Arzt, Betreuer/Bevollmächtigten, andere Person

ICH HABE WEITERE DOKUMENTE

Patientenverfügung Ja Nein Original bei: _____
Name, Vorname

Telefon und E-Mail

Dieser Notfallplan geht der Patientenverfügung vor ←

Vorsorgevollmacht Ja Nein , Original bei: _____
Name, Vorname

Telefon und E-Mail

Bevollmächtigte Person(en): _____

Telefon/E-Mail: _____ erreichbar (Uhrzeit): _____

Unterschrift Verfügender

ggf. Unterschrift Betreuer/
bevollmächtigte Person

Unterschrift[†] /Stempel der/des
behandelnden Arztes/Ärztin

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

* Dieser Notfallplan ist als ärztliche Anordnung für den Notfall nur mit Arzunterschrift gültig