

Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HAnNo)

Patient/in:		Geburtsdatum:	
Adresse/Pflegeheim:			
Betreuung/Vollmacht (Name/Telefon):			
Hausarztteam:	Praxis Dres. Köber-Zahn-Knödler Bad Mergentheim, 07931-964960		

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei o.a. Person, sofern sie nicht selbst einwilligungsfähig ist (nur eine Antwort A, B0, B1, B2, B3 oder C – sonst ungültig):

THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung – soweit medizinisch möglich und vertretbar

- A** ●●●●● **Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung**

THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

- B0** ●●●●● **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie
- B1** ●●●●● **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Keine invasive (Tubus-)Beatmung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie
- B2** ●●●●● **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Keine invasive (Tubus-)Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (Normalstation)
- B3** ●●●●● **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Keine invasive (Tubus-)Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Keine Mitnahme ins Krankenhaus
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (ambulant)

THERAPIEZIEL = Linderung (Palliation), nicht Lebensverlängerung

- C** ●●●●● **Ausschließlich lindernde Maßnahmen**
Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

Bestätigungen durch Hausarzt/Hausärztin	Bestätigung durch Patient*in/Vollmachtnehmer*in
Bad Mergentheim, den _____	Bad Mergentheim, den _____
<input type="checkbox"/> Ich bestätige die Einwilligungsfähigkeit und das Verständnis dieser Entscheidung durch die o.a. Person	<input type="checkbox"/> Diese HAnNo ist Ausdruck meines Behandlungswillens:
<input type="checkbox"/> Ich bestätige die Anfertigung dieser HAnNo in Absprache mit dem/der Bevollmächtigten, bzw. unter Beachtung der Patientenverfügung auf Basis des mutmaßlichen Patientenwillens	<u>X</u> _____ (Unterschrift der o.g. Person)
<input type="checkbox"/> ein palliativer Notfallplan liegt vor	<input type="checkbox"/> Diese HAnNo gibt den Behandlungswillen der oben genannten Person angemessen wieder
	_____ (Name des/der Bevollmächtigten)
	<u>X</u> _____ (Unterschrift des/der Bevollmächtigten)

618351400
Hausärztliche Gemeinschaftspraxis
Dres. Carsten Köber, Thorsten Zahn & Ulrike Knödler
Fachärzte für Allgemeinmedizin
Unterer Graben 5 – 97980 Bad Mergentheim
Tel. 07931/964-96-0
Fax 07931/964-96-99

Unterschrift Hausarzt/Hausärztin