

# Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HAnNo)

Patient/in:		Geburtsdatum:	
Adresse/Pflegeheim:			
Betreuung/Vollmacht (Name/Telefon):			
Hausarztteam:	Facharztzentrum Allgemeinmedizin 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 _____  <input type="checkbox"/> Ich bestätige die Einwilligungsfähigkeit und das Verständnis dieser Entscheidung durch die o.a. Person  <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  <input type="checkbox"/> ein palliativer Notfallplan liegt vor  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">                         618351400                          Facharztzentrum Allgemeinmedizin                          Dr. C. Köber, Dr. Th. Zahn,                          Dr. U. Knödler, S. Kreißl-Kemmer                          Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin                          Unterer Graben 5, 97980 Bad Mergentheim                          Tel. 07931/96496-0 Fax 07931/96496-99                     </div> _____ Unterschrift Hausarzt/Hausärztin	Bad Mergentheim, den _____  <input type="checkbox"/> Diese HAnNo ist Ausdruck meines Behandlungswillens: _____ (Unterschrift der o.g. Person)  <input type="checkbox"/> Diese HAnNo gibt den Behandlungswillen der oben genannten Person angemessen wieder  _____ (Name des/der Bevollmächtigten)  _____ (Unterschrift des/der Bevollmächtigten)