

Patientenanweisung für den Notfall (vgl. HaNo, PALMA)

Patient/in:		Geburtsdatum:	
Adresse/Pflegeheim:			
Betreuung/Vollmacht (Name/Telefon):			
Hausärzteteam:	Facharztzentrum Allgemeinmedizin Bad Mergentheim		

Dieser Bogen regelt die Notfallversorgung der o.a. Person in einer lebensbedrohlichen Lage bei bestehender palliativer Versorgung oder einer Pflegesituation am Lebensende. **Pro Rubrik (A/B/C) ist jeweils nur EINE Antwort zulässig!**

A	Gewünschte Behandlung bei Herz-Kreislaufstillstand ☐ Herz-Lungen-Wiederbelebung ☐ KEINE Herz-Lungen-Wiederbelebung
B	Gewünschte Behandlung in einer lebensbedrohlichen Situation bei erhaltener Herz-Kreislauf-Funktion ☐ maximal mögliche Therapie • komplette medizinisch gebotene Behandlung • inklusive künstliche Beatmung, Behandlung auf Intensivstation, etc. ☐ begrenzte Therapie (Basistherapie) • KEINE künstliche Beatmung, KEINE Behandlung auf Intensivstation • Notfalltherapie vor Ort • ggf. Krankenhauseinweisung, falls nötig ☐ ausschließlich lindernde (palliative) Maßnahmen • KEINE lebenserhaltende Therapie • KEINE Krankenhauseinweisung • ausschließlich Beschwerdelinderung, Schmerztherapie, Atemnotlinderung, etc.
C	Hintergrundinformationen persönliche Gründe für die Entscheidung, Vorerkrankungen, etc.

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