

PALLIATIVNOTFALLBOGEN

Name: _____	WICHTIGE Kontaktpersonen / Telefonnummern:
Geb.Datum: _____	Nächster Angehöriger: _____
Adresse: _____	Bevollmächtigter: _____ O Ja O Nein
Diagnosen: _____	Name/Geb.Datum: _____
	Adresse: _____
	(o.g. Bevollmächtigter gem. §1896 Abs. 2 BGB bei Einwilligungsunfähigkeit ist zur Umsetzung meines in dieser Verfügung bestimmten Willens ernannt)
Aktuelle Probleme: _____	() Palliativteam: _____
	() Hausarzt: _____
Besonderheiten: _____	() Pflegedienst: _____
	() Kassenärztl. Notdienst: _____
	() Notarzt: _____ 112
	() Seelsorge: _____
	() Hospiz: _____

Herz-Lungen-Wiederbelebung gewünscht?

O Ja O Nein

Krankenhauseinweisung gewünscht?

O Ja (Erläuterung Rückseite) O Nein

Aufklärung Prognose/Diagnose?

Patient: O Ja O Nein

Angehörige: O Ja O Nein

Patientenverfügung: O Ja O Nein

Vorsorgevollmacht: O Ja O Nein

Hinterlegung der Dokumente: _____

Ablehnung weiterer Maßnahmen:

Letzter Klinikaufenthalt: _____

Klinik/Einrichtung: _____

Aufklärung bei Erstellung des Bogens durch:

Datum	Name	Unterschrift Patient/Bevollmächtigter
(Aktualisierungen siehe Rückseite, der Notfallbogen entspricht der gültigen Gesetzgebung zu Patientenverfügungen §1901a Abs. 1-5 BGB)		

Datum	Name des Arztes	Unterschrift
(mögliche Konsequenzen, die sich aus der Ablehnung medizinischer Maßnahmen ergeben, wurden dem Patienten erläutert; die volle Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit des Patienten lag zum Zeitpunkt der Erstellung vor)		