Ärztliche Anordnung für den Notfall

Name, Vorname: _____

Geboren am: _____

Adresse/
ggf. Stempel der Einrichtung: _____

Ansprechpartner im Nottfall: _____

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei o.g. Person, sofern sie nicht selbst einwilligungsfähig ist:

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

- ❑ Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie, einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung

Therapieziel: Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen

- ❑ Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
- ❑ Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine Beatmung mit Hilfe eines Schlauches in der Luftröhre
- ❑ Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine Beatmung mit Hilfe eines Schlauches in der Luftröhre, keine Behandlung auf einer Intensivstation
- ❑ Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine Beatmung mit Hilfe eines Schlauches in der Luftröhre, keine Behandlung auf einer Intensivstation, keine Mitnahme ins Krankenhaus

Therapieziel: Linderung (Palliation), nicht Lebensverlängerung

- ❑ Ausschließlich lindernde Maßnahmen. Wenn möglich, Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

Diese Anordnung ist Ausdruck meines Behandlungswillens.
Ggf. Unterschrift und Name des Bevollmächtigten / Betreuers

_____

Ort Datum Unterschrift

Die hier getroffene Festlegung gibt den Behandlungswillen der oben genannten Person angemessen wieder.

_____

Unterschrift und Name des betreuenden Haus- oder Palliativarztes