

PLAN FÜR KRISEN UND NOTFÄLLE

NAME

GEBURTSDATUM

MEDIZINISCHER HINTERGRUND

Hauptdiagnose und relevante Nebendiagnosen:

Eine Verbesserung ist nicht mehr zu erwarten. Die Situation erfordert überwiegend ein palliatives Betreuungskonzept.

ENTSCHEIDUNGSHINTERGRUND

Patientenverfügung (PV) liegt vor

Ja

Nein

Verbindliche PV

Datum der Errichtung oder Aktualisierung:

Andere PV

Vorsorgevollmacht / Erwachsenenvertretung

Ja

Nein

Eingesetzte Person

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Mutmaßlicher Patientenwille (z.B. Hinweise für Ablehnung med. Maßnahmen, ausdrückliche Wünsche):

DIE VERLEGUNG IN EIN KRANKENHAUS BEI
VERSCHLECHTERUNG IST ANGEZEIGT:

Ja

Nein

CARDIOPULMONALE REANIMATION IST DER
SITUATION ANGEMESSEN:

Ja

Nein

Die Bezugsperson (Angehörige/r) ist über die Situation informiert.

Ja

Nein

Name:

Telefonnummer:

Anmerkungen:

UNTERSCHRIFT:

Datum:

HAUSARZT/HAUSÄRZTIN:

Name:

Arzt/Ärztin:

Telefonnummer:

PLAN FÜR KRISEN UND NOTFÄLLE

EVALUIERUNG I

geplant am:

durchgeführt am:

Anmerkungen:

Bestätigung Arzt/Ärztin:

EVALUIERUNG II

geplant am:

durchgeführt am:

Anmerkungen:

Bestätigung Arzt/Ärztin:

EVALUIERUNG III

geplant am:

durchgeführt am:

Anmerkungen:

Bestätigung Arzt/Ärztin: