Palliativ Notfallbogen Landkreis Lörrach

CHARTA zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

Name: _____

Geb. Datum: _____

Adresse: _____

_____

Tel-Nr.: _____

Beh. Arzt / Tel-Nr.: _____

Hauptdiagnosen: _____

_____

Im Notfall verständigen: _____

(Name / Tel-Nr.) _____

Patientenverfügung: ☐ ja ☐ nein

Falls ja, befindet sich : _____

Betreuer: ☐ ja ☐ nein

Name / Tel-Nr. Betreuer: _____

_____

Im Notfall bitte zur Unterstützung benachrichtigen: Seelsorge/Hospizdienst o.ä

Tel-Nr.: _____

Belastende Symptome: _____

Besonderheiten/Allergien: _____

Mir ist bekannt, dass ich an einer weit fortgeschrittenen Erkrankung leide, bei der nur noch Symptomlinderung möglich ist. Im Notfall wünsche ich:

Herz-Lungen-Wiederbelebung: ☐ ja ☐ nein

Intubation/künstliche Beatmung: ☐ ja ☐ nein

Bestmögliche Symptomlinderung zuhause: ☐ ja ☐ nein

Krankenhauseinweisung: ☐ ja ☐ nein

Pflegedienst eingebunden: ☐ ja Tel-Nr. _____ ☐ nein

SAPV eingebunden: ☐ ja Tel-Nr. _____ ☐ nein

letzter KH-Aufenthalt am: _____

Im: _____

Berichte bei den Patientenunterlagen: ☐ ja ☐ nein

Notfallmedikamente zuhause vorrätig: ☐ ja (Plan siehe Extrablatt) ☐ nein

_____

Datum Unterschrift Patient*in Unterschrift. Arzt/Ärztin

_____

Datum Unterschrift PDL/Heimleitung/Angehörige(r) Betreuer*in/Bevollmächtigte

Der Notfallbogen hat Gültigkeit seit: 01.04.2022. Der Notfallbogen wird nach 2 Jahren überprüft und gegebenenfalls angepasst. Erstellt vom Arbeitskreis Palliativmedizin.