

Name, Vorname:		Nächste/-r Angehörige/-r:	
Geburtsdatum:		Telefon:	
(Einrichtung):		Betreuer/-in Bevollmächtigte/-r ¹ :	
Straße:		Telefon:	
PLZ/Ort:		Vollmacht vom:	
aktuell einwilligungsfähig	aktuell geschäftsfähig	Patientenverfügung vom:	
notfallrelevante Diagnosen:			
Aktuelle Probleme / Besonderheiten:			
Wunschkrankenhaus:			
Hausarzt/-ärztin:		Telefon:	
Facharzt/-ärztin:		Telefon:	
Facharzt/-ärztin:		Telefon:	
Seelsorge:		Telefon:	
ACP-Berater/-in:		Telefon:	
Krisen- und Interventionsbogen erstellt mit Unterstützung durch:			
Hinterlegungsort:			

Auch ohne ärztliche Unterschrift handelt es sich bei diesem Dokument um den erklärten, bzw. mutmaßlichen Willen des Betroffenen und hat in ähnlicher Weise Berücksichtigung zu finden wie eine Patientenverfügung nach §1901a BGB, bzw. eine entsprechende Vertreterdokumentation.

„Im Fall der Einwilligungsunfähigkeit im akuten, lebensbedrohlichen Notfall, soll, entsprechend meines (mutmaßlichen) Willens der Behandlung, folgende Festlegung gelten:“

Im nachfolgenden Abschnitt nur EIN FELD MARKIEREN, da sonst ungültig.

A *Therapieziel: Lebensverlängerung in jedem Fall*
 vollumfängliche Notfall- und Intensivtherapie einschließlich Herz-Kreislauf-Wiederbelebung (Reanimation)

B0 *Therapieziel: Lebensverlängerung mit Einschränkungen*
keine Herz-Kreislauf-Wiederbelebung (HKW) → DNR
B1 **keine** HKW + **keine** invasive (Tubus-)Beatmung (ITB) → DNR/DNI
B2 **keine** HKW + **keine** ITB + **keine** Behandlung auf der Intensivstation → DNR/DNI
B3 **keine** HKW + **keine** ITB + **keine** kurative Behandlung im Krankenhaus, aber ambulant kurative Behandlung gewünscht → DNR/DNI

C *Therapieziel: Lebensqualität in jedem Fall (Palliation)*
ausschließlich lindernde (palliative) Maßnahmen (**keine** Maßnahmen aus A/B)
 → DNR → DNR/DNI → **keine kurative Krankenhauseinweisung**

Kontaktaufnahme Palliativzentrum* zur palliativen Frühintegration (s. Rückseite)
 Anhaltspunkt für den Bedarf spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)*
 Kontaktaufnahme Palliativzentrum* zur Palliativberatung/ACP (s. Rückseite)

„Diese Festlegung entspricht *meinem aktuellen Willen der Behandlung/dem mutmaßlichen Willen des Betroffenen*¹ für den akuten, lebensbedrohlichen Notfall.“

 Datum, Ort

 Name/Unterschrift des Verfügenden/Bevollmächtigten/Betreuers¹

„Die verfügende/bevollmächtigte¹ Person ist in der Lage die Tragweite der Entscheidung einzuschätzen. Ich habe den Behandlungswillen zur Kenntnis genommen.“

 Datum, Ort

 Unterschrift/Stempel des behandelnden Arztes

* Kopie des ausgefüllten Krisen- und Interventionsbogens bitte per Post oder Fax an nebenstehende Adresse senden

ein Angebot des
Regionalen Palliativzentrums Halle
 Elisabeth Vinzenz Verbund GmbH Elisabeth Mobil
 Mauerstraße 5
 06110 Halle (Saale)

Koordination Tel.: 0345 213 5690
 Mo-Fr 9-12 Uhr Fax: 0345 213 5692
 www.elisabethmobil.de

¹nicht Zutreffendes bitte streichen



Leistungsspektrum des Palliativzentrums

ACP §132g SGB V (Gesundheitliche Versorgungsplanung)

Advance Care Planning (ACP) beschreibt einen strukturierten Beratungsprozess, in dem die betroffene Person befähigt werden soll ihren eigenen Willen und medizinisch-pflegerische Behandlungswünsche zu kommunizieren.

Palliativberatung §132d SGB V

Palliativberatung soll Möglichkeiten und Grenzen palliativer Versorgung bei gewünschtem Verzicht auf kurative Therapie aufzeigen, Bedarfe ermitteln und das gewünschte Vorgehen im Krisenfall valide festhalten.

AAPV §132d SGB V

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung stellt eine Form der, den Hausarzt/die Hausärztin unterstützenden, palliativen Frühintegration dar.

SAPV §132d SGB V

Patienten, die an einer nicht heilbaren und fortschreitenden Erkrankung leiden, sodass dadurch, nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes, die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist, haben seit 2007 nach § 37b SGB V Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).

Den Patienten in der SAPV steht rund um die Uhr ein multiprofessionelles Team aus speziell ausgebildeten Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden zur Verfügung.

Die Indikation ist gegeben, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik,**
- ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik,** (z.B. Unruhe/Angst)
- ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik,** (z.B. Luftnot)
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik,** (z.B. Übelkeit/Erbrechen/Appetitlosigkeit)
- ausgeprägte ulzerierende/exulzierende Wunden oder Tumore,**
- ausgeprägte urogenitale Symptomatik.**

Zusätzlich ggf. erforderlich:

- psychosoziale Unterstützung des Schwerkranken und/oder des Umfeldes

Anmerkungen zum Bogen:

Die Dokumentation auf dem Bogen ist bei nicht einwilligungsfähigen Personen als mutmaßliche Willensäußerung zu kennzeichnen. Im Rahmen der Entscheidungsfindung sind diese Willensäußerungen zu berücksichtigen. Die ergänzenden Angaben auf dem Bogen zeigen dem Versorger vor Ort, in wie weit die Person, für die die Willensäußerung gilt, und/oder der Vertreter/die Vertreterin ärztlich über die Konsequenzen des Inhaltes des Bogens aufgeklärt wurde.

Für Situationen über den akuten lebensbedrohlichen Notfall hinaus bedarf es weiterer Dokumente im Sinne einer Patientenverfügung zur Sicherstellung der Umsetzung des Willens der betroffenen Person. (siehe ACP)

Dieser Krisen- und Interventionsbogen ist ein Dokument zur Willenserklärung im Sinne einer Patientenverfügung nach §1901a Abs. 1 BGB bzw. zur Dokumentation des mutmaßlichen Willens nach §1901a Abs. 2 BGB durch den/die Bevollmächtigten bzw. den /die gesetzlichen Betreuer/-in.

Im Falle gesetzlicher Betreuung ist nach §1904 BGB die Genehmigung des Betreuungsgerichts, bzw. das Einvernehmen des behandelnden Arztes/Ärztin einzuholen.

Das Dokument ist in ein Konzept der gesundheitlichen Versorgungsplanung nach §132g SGB V (ACP) einzubetten.

Beratungsgespräche diesbezüglich sind erfolgt:

durch: _____ am _____ Dauer: _____ Handzeichen: _____

durch: _____ am _____ Dauer: _____ Handzeichen: _____

durch: _____ am _____ Dauer: _____ Handzeichen: _____

„Ich wünsche die Kontaktaufnahme durch das Palliativzentrum Halle zur Koordination von Beratungs- und Versorgungsangeboten.“

Datum, Ort

Unterschrift des/der Verfügenden/Bevollmächtigten

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Krankenversicherung:	
Versicherungsnummer:	
Hausarzt/-ärztin:	
Kontaktmöglichkeit:	

ein Angebot des
Regionalen Palliativzentrums Halle
Elisabeth Vinzenz Verbund GmbH Elisabeth Mobil
Mauerstraße 5
06110 Halle (Saale)

Koordination Mo-Fr 9-12 Uhr
Tel.: 0345 213 5690
Fax: 0345 213 5692
www.elisabethmobil.de