

Name, Vorname:		Nächste/-r Angehörige/-r:	
		Beziehung	
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:	
-------------------------------------	--

Hausarzt/-ärztin:		Telefon:	
Facharzt/-ärztin:		Telefon:	
Facharzt/-ärztin:		Telefon:	
ACP-Berater/-in:		Telefon:	

Krisen- und Interventionsbogen erstellt mit Unterstützung durch:	
--	--

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 §1827 BGB, bzw. eine entsprechende Vertreterdokumentation.

CC-BY-NC-SA: Noah Beyer, Elisabeth Mobil, Mauerstraße 5, 06110 Halle, +49 345 2135699, elisabeth.mobil@krankenhaus-halle-saale.de

„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.

<p><i>Therapieziel: Lebensverlängerung in jedem Fall</i></p> <p>A <input type="checkbox"/> vollumfängliche Notfall- und Intensivtherapie einschließlich Herz-Kreislauf-Wiederbelebung (Reanimation)</p>	
<p><i>Therapieziel: Lebensverlängerung mit Einschränkungen</i></p> <p>B0 <input type="checkbox"/> keine Herz-Kreislauf-Wiederbelebung (HKW) → DNR</p> <p>B1 <input type="checkbox"/> keine HKW + keine invasive (Tubus-)Beatmung (ITB) → DNR/DNI</p> <p>B2 <input type="checkbox"/> keine HKW + keine ITB + keine Behandlung auf der Intensivstation → DNR/DNI</p> <p>B3 <input type="checkbox"/> keine HKW + keine ITB + keine kurative Behandlung im Krankenhaus, aber ambulant kurative Behandlung gewünscht → DNR/DNI</p>	
<p><i>Therapieziel: Lebensqualität in jedem Fall (Palliation)</i></p> <p>C <input type="checkbox"/> ausschließlich lindernde (palliative) Maßnahmen (keine Maßnahmen aus A/B) → DNR → DNR/DNI → keine kurative Krankenhauseinweisung</p>	
<p>besondere Festlegungen für den lebensbedrohlichen Notfall</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	

„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

