



Hospizgruppe  
Ehingen

# Notfallplanung für Palliativpatienten

Muster der Bezirksärztekammer Südwürttemberg  
nach Vorlage Notfallplan Tropenlinik Tübingen

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_  
Adresse:

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse/  
Versichertennummer:

**Wesentliche Diagnosen / Grundkrankheit:**

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner:**

\_\_\_\_\_  
Angehöriger/Bevollmächtigter/Betreuer (Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
Hausarzt (Telefonnummer)

- Das vorliegende Dokument entspricht dem  
aktuell geäußerten Willen des Patienten
- Das vorliegende Dokument gilt als  
Ergänzung zur Patientenverfügung
- Das vorliegende Dokument entspricht dem  
mutmaßlichen Patientenwillen

Patientenverfügung vorhanden? ja  nein

Vorsorgevollmacht vorhanden? ja  nein

## Folgendes Vorgehen wurde vereinbart:

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Reanimation (Wiederbelebung)                           | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Intubation und apparative Beatmung                     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Transfusionsbehandlung (Blutgabe)                      | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Spezialdiagnostik + Antibiotikagabe bei Fieber         | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| PEG (Magensonde durch Bauchdecke) bei Schluckstörungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Tägliche Kontrolle der Flüssigkeitsein- und ausfuhr    | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

- Einweisung in ein Krankenhaus nur im Rahmen eines Unfallgeschehens
- Symptomkontrolle soll vorrangig im Pflegeheim/zu Hause erfolgen, nur bei Erfolglosigkeit soll eine Einweisung in ein Krankenhaus zur Palliativbehandlung erfolgen.
- Bei Bedarf soll der kassenärztliche Notdienst oder der Notarzt hinzugezogen werden. Diese sollen unter palliativmedizinischen Gesichtspunkten handeln.
- Der Patient darf bei der nächsten lebensbedrohlichen Verschlechterung versterben.

**Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Patient/Bevollmächtigter/Betreuer

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift (Haus-)Arzt

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Pflegefachkraft



Hospizgruppe  
Ehingen

# Notfallplanung für Palliativpatienten

Muster der Bezirksärztekammer Südwürttemberg  
nach Vorlage Notfallplan Tropenlinik Tübingen

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

## Bedarfsmedikation:

Schmerzen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Atemnot:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unruhe/ Angst:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Erregungszustand:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fieber:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Krampfanfall:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstiges:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Hausarzt

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Stationsarzt