

Patientenverfügung
Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)

Name: _____

Straße: _____

Vorname: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geb. am: _____

Ansprechpartner im Notfall (Tel.): _____

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei o.g. Person, sofern sie nicht selbst einwilligungsfähig ist:
 Nur **eine** Antwort möglich (A,B0, B1, B2, B3 oder C) – **sonst ungültig!**

Therapieziel = Lebensverlängerung –soweit medizinisch möglich und vertretbar

<input type="checkbox"/>	A		Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung
--------------------------	----------	---	---

Therapieziel = Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

<input type="checkbox"/>	B0		Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie
<input type="checkbox"/>	B1		Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung Keine invasive (Tubus-)Beatmung Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie
<input type="checkbox"/>	B2		Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung Keine invasive (Tubus-)Beatmung Keine Behandlung auf Intensivstation Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (Normalstation)
<input type="checkbox"/>	B3		Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung Keine invasive (Tubus-)Beatmung Keine Behandlung auf Intensivstation Keine Mitnahme ins Krankenhaus * Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (ambulant)

Therapieziel = Linderung (Palliation), nicht Lebensverlängerung

<input type="checkbox"/>	C		Ausschließlich lindernde Maßnahmen* Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld
--------------------------	----------	---	---

Großostheim, den _____

Großostheim, den _____

„Ich bestätige Einwilligungsfähigkeit und Verständnis der Implikationen dieser Entscheidung.“

„Diese ÄNo ist Ausdruck meines Behandlungswillens.“

*Ein Krisenplan wurde erstellt.

 Unterschrift der **oben genannten Person**

„Die hier getroffene Festlegung gibt den Behandlungswillen der oben genannten Person angemessen wieder.“

 ggfs. Unterschrift und NAME des **Bevollmächtigten/Betreuers**

 Unterschrift und Stempel des Arztes

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“

 Unterschrift und NAME des Gesprächsbegleiters