

Anordnung für den Notfall

Name: _____

Vorname: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____


Im Fall einer lebensbedrohlichen Erkrankung/Situation gilt bei oben genannter Person, sofern er/sie nicht einwilligungsfähig ist: Nur ein Feld ankreuzen (A,B0,B1,B2,B3,C0,C1), sonst ungültig!


LEBENSVERLÄNGERENDE THERAPIE OHNE EINSCHRÄNKUNGEN


A  Herz-Lungenwiederbelebung, uneingeschränkte Notfall-und Intensivbehandlung

LEBENSVERLÄNGERENDE THERAPIE MIT EINSCHRÄNKUNGEN


B0  Keine Herz-Lungenwiederbelebung


B1  Keine Herz-Lungenwiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung

B2  Keine Herz-Lungenwiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf einer Intensivstation

B3  Keine Herz-Lungenwiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf einer Intensivstation
Keine Verbringung in ein Krankenhaus
Ansonsten uneingeschränkte ambulante Notfalltherapie

KEINE THERAPIE MIT DEM ZIEL EINER LEBENSVERLÄNGERUNG

C0  Ausschließlich palliative/lindernde Maßnahmen ambulant oder stationär, bevorzugt auf einer Palliativstation

C1  Ausschließlich palliative/lindernde Maßnahmen ambulant

Diese Anordnung ist Ausdruck meines freien Willens

Datum und Unterschrift der verfügenden Person

Diese Anordnung entspricht dem (mutmaßlichen)
Behandlungswillen der/des Betroffenen

Datum und Unterschrift des Bevollmächtigten/Betreuers

Datum, Unterschrift und Stempel des
aufklärenden Arztes

HINWEISE ZUM AUSFÜLLEN:

FÜR DIE/DEN BETROFFENEN ODER STELLVERTRETER:

- Bitte lassen Sie sich von einem Arzt/Ärztin Ihres Vertrauens erklären, was mit den einzelnen Punkten gemeint ist.
 - Nehmen Sie nur Ausschlüsse vor, wenn Sie sich ganz sicher sind, auf diese Therapiemöglichkeiten verzichten zu wollen. Im Zweifel schließen Sie bitte eine bestimmte Therapieoption nicht aus.
 - Dieses Dokument sollte im Notfall zu Hause oder in einer Senioreneinrichtung sofort zur Hand sein. Familienmitglieder und betreuende Personen sollten vom Dokument und dessen Verwahrort wissen.
-

FÜR DIE/DEN BERATENDEN ARZT:

- Vor Erörterung von Therapiemaßnahmen ist das Therapieziel zu klären.
- Der Patient oder dessen Vertreter muss die Reichweite seiner Anordnung verstehen.
- Der Arzt bestätigt mit seiner Unterschrift, dass Patient/Vertreter zum Zeitpunkt der Aufklärung einwilligungsfähig ist und die therapeutischen Konsequenzen verstanden hat.

HINWEISE FÜR BEREITSCHAFTS-, KRANKENHAUS- UND NOTÄRZTE,
HEIM- UND RETTUNGSDIENSTPERSONAL:

Bitte überprüfen Sie vor Befolgung dieser Anordnung:

- Die Identität des Patienten
 - Ob die Anordnung die Unterschrift der verfügenden Person oder des Stellvertreters trägt
 - Ob die Anordnung von einem Arzt mit Stempel und Unterschrift versehen ist
 - Ob nur eine der Optionen (A, B0, B1, B2, B3, C0, C1) angekreuzt ist, sonst ist die Anordnung ungültig
-

Als Willensäußerungen eines Patienten gelten neben dem aktuell erklärten Willen auch Vorausverfügungen, sowohl in mündlicher als auch schriftlicher Form.

Die vorliegende Anordnung gilt ohne Reichweitenbegrenzung, selbst wenn durch Unterlassen einer Therapiemaßnahme der Tod eintritt.

Jede ärztliche Heilmaßnahme ist nur dann zulässig, wenn sie durch den (mutmaßlichen) Willen des Patienten gedeckt ist. Bei wissentlicher Zuwiderhandlung handelt es sich um eine Straftat gegen das Recht auf körperliche Unversehrtheit.