

Die Konsequenzen aus den zuvor festgelegten Regelungen im Notfall und beim Transport habe ich mit meinem Arzt besprochen.

Datum, Unterschrift Patient

Therapieentscheidung für den nicht einwilligungsfähigen Patienten aufgrund:

- bestehender Patientenverfügung
- mündlichem Behandlungswunsch
- mutmaßlichem Willen des Patienten

Datum, Unterschrift

- Betreuer Bevollmächtigter Angehöriger

Datum, Unterschrift des behandelnden Arztes	Stempel
---	---------

Düsseldorfer Notfallausweis

Herausgegeben von der Landeshauptstadt Düsseldorf und dem Düsseldorfer Hospiz- und Palliativforum (DHPF).

Name _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Gesetzlicher Betreuer

Vorsorgebevollmächtigter

Name _____

Telefon _____

Engster An-/Zugehöriger

Name _____

Telefon _____

- Maximale Notfall- und Intensivtherapie**
Mitnahme ins Krankenhaus

- Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung (DNR)**
Mitnahme ins Krankenhaus

- Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung (DNR)
Keine Intubation und Beatmung (DNI)
Mitnahme ins Krankenhaus

- Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung (DNR)
Keine Intubation und Beatmung (DNI)
Keine Behandlung auf der Intensivstation
Mitnahme ins Krankenhaus

- Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung (DNR)
Keine Intubation und Beatmung (DNI)
Keine Behandlung auf der Intensivstation
Keine Mitnahme ins Krankenhaus (aber ambulante Therapie)

- Ausschließlich palliative (lindernde) Maßnahmen (kein Sauerstoff)**
Keine Mitnahme ins Krankenhaus

Hausarzt _____

Telefon _____

AAPV-Arzt _____

SAPV-Team _____

Telefon _____

Pflegedienst/heim _____

Hospizdienst _____

Seelsorge _____

Hauptdiagnose _____

Symptomlast _____

Besonderheiten / Bemerkungen
