

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

\_\_\_\_\_