

Festlegung für den Notfall (FeNo)

- Patientenverfügung -

Name, Vorname _____

Adresse / ggf. Stempel der Einrichtung _____

geb. am ____ . ____ . ____

Vertreter _____

Telefon _____

Für eine lebensbedrohliche Notfallsituation, in der ich nicht einwilligungsfähig bin, lege ich fest:

Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung

☐

A



Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

☐

B0



Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung

Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

☐

B1



Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung

Keine invasive (Tubus-) Beatmung

Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

☐

B2



Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung

Keine invasive (Tubus-) Beatmung

Keine Behandlung auf Intensivstation

Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (Normalstation)

☐

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), aber keine Lebenserhaltung

☐

C



Ausschließlich lindernde Maßnahmen

Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

„Diese Festlegung ist Ausdruck meines Behandlungswillens und steht im Einklang mit meinen Einstellungen zu Leben, Sterben und schwerer Erkrankung (s. Rückseite). Die sich daraus ergebenden Folgen habe ich verstanden.“

_____, den ____ . ____ . 20__

Unterschrift der oben genannten Person

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

„Als ACP-qualifizierte/r Gesprächsbegleiterin/-begleiter habe ich den Entscheidungsprozess begleitet.“

Ggf. Unterschrift und NAME bevollmächtigte Person/Betreuerin/Betreuer

Unterschrift und NAME Gesprächsbegleiterin/Gesprächsbegleiter

Ärztliche Stellungnahme

„Diese Festlegung berücksichtigt die medizinische Situation der o.g. Person und wurde mit ihr erörtert. Ich bestätige ihre Einwilligungsfähigkeit und ihr Verständnis der Implikationen dieser Festlegung.“

☐ Ein Krisenplan wurde erstellt.

_____, den ____ . ____ . 20__

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes



Die Vorausplanung ist regelmäßig zu überprüfen und bei veränderter medizinischer Situation oder verändertem Patientenwillen anzupassen (bei Einwilligungsunfähigkeit durch die bevollmächtigte Person/Betreuerin/Betreuer).

Einstellungen zu Leben, Sterben und schwerer Erkrankung

- Patientenverfügung -

Name, Vorname _____ geb. am ____ . ____ . ____

I. Wie gerne leben Sie?

Welche Bedeutung hat es für Sie, (noch lange) weiter zu leben?

II. Wenn Sie ans Sterben denken, was kommt Ihnen da in den Sinn?

Wenn Sie heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen würden, was würde das jetzt in Ihnen auslösen?

III. Darf eine medizinische Behandlung dazu beitragen, Ihr Leben in einer Krise zu erhalten?

Welche Belastungen und Risiken wären Sie bereit, dafür in Kauf zu nehmen? Warum ist das so? Welche Sorgen oder Ängste bewegen Sie, wenn Sie an medizinische Behandlungen denken?

IV. Gibt es Situationen, in denen Sie nicht mehr lebenserhaltend behandelt werden wollen?

Warum ist das so? Sind in diesem Zusammenhang Erfahrungen mit konkreten Erkrankungen oder Behandlungen von Bedeutung?

Datum und Unterschrift der o.g. Person: _____