

Festlegung für den Notfall (FeNo)

- Vertreterdokumentation -

Name, Vorname _____

Adresse / ggf. Stempel der Einrichtung

geb. am ____ . ____ . ____

Rechtlicher Vertreter _____

Telefon _____

Für eine lebensbedrohlich Notfallsituation gilt bei der oben genannten,
nicht einwilligungsfähigen Person:

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 entspricht dem sorgfältig ermittelten (mutmaßlichen) Willen der o.g. Person und steht im Einklang mit deren Einstellungen zu Leben, Sterben und schwerer Erkrankung (s. Rückseite).“

_____, den ____ . ____ . 20____

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

Unterschrift bevollmächtigte Person/Betreuerin/Betreuer

Unterschrift und NAME Gesprächsbegleiterin/Gesprächsbegleiter

Ärztliche Stellungnahme

„Diese Festlegung berücksichtigt die medizinische Situation der o.g. Person und entspricht ihrem sorgfältig ermittelten (mutmaßlichen) Willen.“

Ein Krisenplan wurde erstellt.

_____, den ____ . ____ . 20____

Unterschrift und Stempel Ärztin/Arzt



Die Vorausplanung ist regelmäßig zu überprüfen und bei veränderter medizinischer Situation oder verändertem Patientenwillen anzupassen.

Einstellungen zu Leben, Sterben und schwerer Erkrankung

- Vertreterdokumentation -

Name, Vorname der nicht einwilligungsfähigen Person

geb. am ____ . ____ . ____

Die Einstellungen sind anhand konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln: Wie hat sich die Person aktuell oder früher schriftlich, mündlich oder non-verbal geäußert? Wie würde die Person sich äußern, wenn wir sie heute befragen könnten? Woher wissen wir das? **Diese Anhaltspunkte (frühere Patientenverfügung (P), Behandlungswünsche (B), andere Äußerungen (Ä) oder Verhaltensweisen (V)) sollen im Text angegeben werden.**

I. Wie gerne lebt die vertretene Person?

Welche Bedeutung hat es für die vertretene Person, (noch lange) weiter zu leben?

II. Was ist bekannt darüber, was die vertretene Person über das Sterben denkt oder dachte?

Wenn die vertretene Person heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen würde, was würde das für sie bedeuten?

III. Darf eine medizinische Behandlung aus

Sicht der vertretenen Person dazu beitragen, ihr Leben in einer Krise zu erhalten? Welche Belastungen und Risiken wäre die Person bereit, dafür in Kauf zu nehmen? Warum ist das so? Gibt es Sorgen und Ängste hinsichtlich medizinischer Behandlungen?

IV. Sind Situationen bekannt, bei deren Eintreten die vertretene Person nicht mehr lebenserhaltend behandelt werden wollte? Warum ist das so? Sind in diesem Zusammenhang zurückliegende Erfahrungen mit konkreten Erkrankungen oder Behandlungen von Bedeutung?

V. Weitere Anmerkungen, ggf. Unsicherheiten oder Ambivalenzen

Datum, Name und Unterschrift der bevollmächtigten Person/Betreuerin/Betreuer: