

Darüber hinaus ist mir besonders wichtig:³

Diagnostische Maßnahmen oder eine Einweisung in ein Krankenhaus sollen nur dann erfolgen, wenn sie einer besseren Beschwerdelinderung dienen und diese ambulant nicht durchgeführt werden können.

Mein Wunsch ist es, zu Hause zu bleiben. Sollte das nicht gehen, möchte ich nach Möglichkeit in die Pflegeeinrichtung/Krankenhaus, Station:

Name, Adresse

..... eingeliefert werden.

Telefon

Ich wünsche den Beistand meiner Kirche/Glaubensgemeinschaft

in Person von:

Name

Adresse, Telefon

Ich wünsche die Unterstützung durch einen Hospiz- oder Palliativdienst:

Adresse, Telefon

4. Momentane Medikation

Die aktuelle Medikation, Indikation und Dosierung bereitlegender Notfallmedikamente sollten auf einem gesonderten Blatt beigefügt sein.

Zuletzt geändert am:

Name und Adresse des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

Unterschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

³ Zutreffendes habe ich angekreuzt.

(Aus: Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-78218-3).

5. Notfallplan⁴

Mögliche Komplikation	Vom Patienten gewünschte Behandlung

Name und Adresse des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

..... Telefon

Unterschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

Ort /Datum:

Unterschrift des Patienten/der Patientin

⁴ Muss gemeinsam mit dem behandelnden Arzt oder der Palliativfachkraft ausgefüllt werden.

(Aus: Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-78218-3).

