

ROTE HAND

Verzicht auf **Wiederbelebung** und **Therapieskalation**
VaWuT-Protokoll vom: _____

Name: _____

geb. _____

Anschrift: _____



Stopp

Sterben zulassen

Therapiezieländerung

nur Linderung

Ort, Datum

Patient/-in, Bevollmächtigte/r, Betreuer/-in
(Nichtzutreffendes streichen!)

Ort, Datum

Hausarzt/ärztin

Zur Kenntnis genommen:

Ort, Datum

Heimleitung/Pflegedienstleitung

Hinweise zur Einwilligungsfähigkeit des Patienten/der Patientin

- Patient/-in zum Zeitpunkt des Aufklärungsgespräches einwilligungsfähig – kann eigene Situation erfassen und die Folgen einer VaWuT-Anordnung verstehen: ja nein
- Patientenverfügung liegt vor: ja nein Datum: _____
- Bevollmächtigte/r, Betreuer/in hat dieser Verzichtserklärung zugestimmt ja nein Datum: _____

Aufklärungsgespräch erfolgte durch den/die Hausarzt/ärztin:

Name: _____ am _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Kontakt mit Betreuer/-in, Vorsorgebevollmächtigte/r:

Name: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Kontakt mit PDL/Heimleitung:

Name: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Information für Rettungsdienst, Pflegepersonal, Ärztlicher Bereitschaftsdienst

- Eine Klinikeinweisung ist nicht erwünscht
- lebensverlängernde Maßnahmen müssen unterbleiben, Sterben wird in Kauf genommen
- die palliative Versorgung soll, wenn irgendwie möglich, am derzeitigen Wohnort (Heim, Zuhause) stattfinden
- der Hausarzt ist für eine suffiziente Symptomkontrolle verantwortlich.
- bei fehlender Symptomkontrolle ist Hausarzt einverstanden mit SAPV
 - Ja
 - Nein
- der palliative Behandlungsplan ist beigefügt:
 - Ja
 - Nein

Nichtbeachtung der VaWuT-Anordnung ist rechtlich Körperverletzung

In dringenden Fällen ist erreichbar:

HA (behandelnder Arzt/Ärztin) _____

Tel: _____ E-Mail: _____

AAPV/SAPV (falls eingebunden)

Tel: 0 861/90 96 12-100