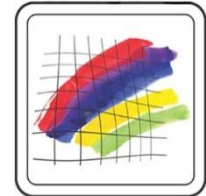


## Verzicht auf Wiederbelebung und Therapieeskalation (VaWuT-Protokoll)

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Keine Intubation  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Keine Reanimation   | <input type="checkbox"/> |
| 3. Keine Verlegung auf Intensivstation   | <input type="checkbox"/> |
| 4. Keine Therapie bei zusätzlichen insbes.internistischen, neurologischen und chirurgischen Komplikationen | <input type="checkbox"/> |
| 5. Keine Krankenhauseinweisung, sondern optimale palliativ-medizinische Therapie                           | <input type="checkbox"/> |



NETZWERK  
**HOSPIZ**  
Ethikberatung

### Gründe für Unterlassung der Maßnahmen:

- Medizinische Indikation nicht gegeben (z.B. Ausweitung der Therapie nicht sinnvoll, inkurables Grundleiden mit begrenzter Lebenserwartung, Sterbephase/Terminalphase hat eingesetzt)
- Patient lehnt Reanimation und Therapieeskalation ab  
Die Aussage kann jederzeit formlos widerrufen werden.

### Hinweise zur Einwilligungsfähigkeit des Patienten/ der Patientin

- Kann eigene Situation erfassen, kann die Folgen einer VaWuT -Anordnung verstehen.
- Patient ist betreut oder hat eine Vorsorgevollmacht erteilt.

### Aufklärungsgespräch erfolgte

Am \_\_\_\_\_  mit Patient

am \_\_\_\_\_  mit Betreuer/Vorsorgebevollmächtigtem

### weitere Gespräche:

am \_\_\_\_\_ mit Angehörigen/Zugehörigen

am \_\_\_\_\_ mit PDL/Heimleitung

Teambesprechung erfolgt ja  am \_\_\_\_\_ nein

Ethikberatung erfolgt ja  am \_\_\_\_\_ nein

**Auf eine suffiziente Symptomkontrolle, Pflege und menschliche Begleitung ist zu achten. Diese Anordnung stellt keinen allgemeinen Therapieverzicht dar!**

**Weitere wichtige Informationen zum Gesundheitszustand des Patienten/der Patientin und/oder dem Entscheidungsprozeß**

**Es liegt vor:**

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Unterschrift für VaWuT (Unterschrift Patient/Betreuer) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Patientenverfügung                                     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung                  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| (ggf.) Betreuungsausweis                               | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

**Die Anordnung eines Verzichts auf Wiederbelebung und Therapieeskalation (VaWuT) muss vom Patienten/Betreuer/Bevollmächtigtem gewünscht und ärztlich angeordnet sein, was durch die nachfolgenden Unterschriften dokumentiert ist.**

---

Ort/Datum Hausarzt/ärztin

---

Ort/Datum Patient/Betreuer/Bevollmächtigter

**zur Kenntnis genommen:**

---

Ort/Datum Heimleitung