

Horizont – Ökumenisches Hospiz- und Palliativzentrum
im Landkreis Konstanz gemeinnützige GmbH
Hospiz Horizont Hegaustraße 29 78224 Singen
Telefon 07731-969 70 700
Fax 07731-969 70 749
E-Mail info@horizont-hospizzentrum.de



Notfallplanung für Patienten stationäres Hospiz

Patientenname, Vorname: _____ Geb.: _____

Diagnose(n): _____

Das vorliegende Dokument entspricht dem aktuell geäußerten Willen der Patientin/des Patienten ja nein

Das vorliegende Dokument gilt als Ergänzung zur Patientenverfügung

ja nein

Ansprechpartner:

Angehöriger/Bevollmächtigter/Betreuung: Name und Telefonnummer

Hausarzt:

Name/Telefonnummer: _____

Stationsarzt: Name/Telefonnummer _____

Patientenverfügung vorhanden? Ja nein

Vorsorgevollmacht vorhanden ja nein

Horizont – Ökumenisches Hospiz- und Palliativzentrum
im Landkreis Konstanz gemeinnützige GmbH
Hospiz Horizont Hegaustraße 29 78224 Singen
Telefon 07731-969 70 700
Fax 07731-969 70 749
E-Mail info@horizont-hospizzentrum.de



Folgendes Vorgehen wird vereinbart:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Reanimation/Wiederbelebung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Intubation/maschinelle Beatmung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Transfusionsbehandlung bei Blutung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Diagnostik/Antibiotika bei Fieber | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| PEG (Ernährungssonde durch Bauchdecke)
bei Schluckstörungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Einweisung in die Chirurgie bei Darmverschluss | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Einweisung auf Intensivstation | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Klinikeinweisung nur im Rahmen eines Unfallgeschehens | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Die Patientin/Der Patient darf in der nächsten Krise sterben | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Unterschrift Patient/Bevollmächtigter: _____

Unterschrift Hausarzt: _____

Unterschrift Stationsarzt: _____

ggf. Unterschrift Pflegekraft: _____

Bemerkungen: _____
