

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



Name, Vorname des Patienten/der Patientin: \_\_\_\_\_

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)<br>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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_