

Patient/Bewohner/Betroffener:	Station/Bereich/Wohnort

Folgende Maßnahmen sollen nicht oder nicht mehr durchgeführt werden

<input type="checkbox"/> Klinikeinweisung	Wenn angekreuzt, dann KEIN „Notarzt“
<input type="checkbox"/> Wiederbelebung	<input type="checkbox"/> Beatmung
<input type="checkbox"/> Enterale Ernährung (PEG)	<input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung
<input type="checkbox"/> Nierenersatztherapie	
<input type="checkbox"/> Therapie mit Blutprodukten	
<input type="checkbox"/> Antibiotikatherapie	
<input type="checkbox"/> Thromboseprophylaxe	<input type="checkbox"/> Antikoagulation
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Auf eine suffiziente Analgesie / Analgosedierung, Symptomkontrolle, Fortführung der Visiten, Pflege und menschliche Begleitung ist zu achten, gegebenenfalls auch auf den seelsorgerischen Beistand.

Die Therapiebegrenzung muss ärztlich angeordnet und vom Betroffenen oder seinem gesetzl. Betreuer unterschrieben werden.

Datum		Team (Name und Unterschrift)	Arzt	Pflege
Datum		Patient (Name und Unterschrift)	Patient/ Bewohner/ gesetzl. Betreuer	

Gründe für die Unterlassung der Maßnahmen

- Die Fortführung einer kurativen Therapie ist medizinisch nicht sinnvoll (z.B. eine weitere Maximaltherapie ist aussichtslos, die Sterbephase hat eingesetzt).
- Patient lehnt weitergehende medizinische Therapie ab (Details s.o.) (Aussage kann vom Patienten jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden).

Bemerkungen zum Zustand des Patienten / Begründung für die Entscheidung		
Patient ist entscheidungsfähig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar		
Patientenverfügung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vorsorgevollmacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Besteht eine Betreuung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betreuer/in, Bevollmächtigter	Name: Telefon: E-Mail:
Aufklärungsgespräch		Besprechung Behandlungsteam am
mit Patient am:		(Datum)
mit Angehörigen am:		Ethische Fallbesprechung (optional) am
mit Betreuer/Bevollmächtigtem am:		(Datum)
Wird Beistand durch den Hospizdienst gewünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sollten keine Kontaktdaten vorliegen, bitte nehmen Sie mit dem Hospizverein vor Ort und/oder dem örtlichen Pfarramt Kontakt auf.	
Wird Beistand durch die Seelsorge gewünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Für den Fall einer unerwarteten Stabilisierung		
Die oben genannte Entscheidung wird mit sofortiger Wirkung aus folgenden Gründen aufgehoben:		
Datum, Name, Unterschrift		

Bei Bedarf kann eine ethische Fallbesprechung unter michael.braun@glkn.de angemeldet werden.

Anregungen zur Verbesserung dieses Dokumentes bitte an jan.harder@glkn.de.