

**Notfallplan Geriatrischer Patient
(auch Bereitschaftsdienst-/ Notarzt/ Vertretungsarzt vorzulegen)**

Name, Vorname des Patienten	Wesentliche Diagnosen/Grundkrankheit	Hausarzt	Notruf-Nr.:
	1.		
Geburtsdatum:	2.	Sozialstation/Pflege:	Notruf-Nr.:
Ansprechpartner/Bevollmächtigter/ Betreuer	<input type="checkbox"/> Das vorliegende Dokument entspricht dem aktuell geäußerten/mutmaßlichen durch Unterschrift bestätigten Willen des Patienten	Patientenverfügung vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kopie liegt bei <input type="checkbox"/>	
Telefonnummer:	<input type="checkbox"/> Das vorliegende Dokument gilt als Ergänzung zur Patientenverfügung	Vorsorgevollmacht/Betreuung vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kopie liegt bei <input type="checkbox"/>	
Geäußertes / mutmaßliches Wille des Patienten:			
Reanimation (Wiederbelebung) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	In Notfällen den Hausarzt/ die Hausärztin anrufen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Intubation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Symptomlinderung soll vorrangig zu Hause/im Pflegeheim (anstatt Klinik) erfolgen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Transfusionsbehandlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Ambulante Diagnostik / Therapie bei Fieber <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Der Wunsch des/der Patientin ist es, zu Hause/im Pflegeheim zu bleiben. Es soll grundsätzlich keine stationäre Behandlung mehr erfolgen. Dies gilt eingeschränkt, bei Unfällen, Brüchen und wo Symptomlinderung stationär besser zu erreichen ist.		
Ausreichende Flüssigkeitszufuhr? Flüssigkeitszufuhr, wenn Patient nicht mehr schlucken kann <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<u>Ggf. weitere Wünsche:</u>		
Nahrungszufuhr angepasst an: <input type="checkbox"/> tatsächlichen Kalorienbedarf <input type="checkbox"/> Stillung des subjektiven Hungergefühls			
Ausreichende Versorgung Medikation Zufuhr von Medikamenten grds. möglich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn nein, soll Medikament abgesetzt werden und subkutane Symptomkontrolle erfolgen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PEG bei Schluckstörungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Dieser Behandlungsplan ist der notfallmedizinisch relevante Teil der Patientenverfügung / Vertreterverfügung (Zutreffendes ankreuzen) vom _____, dem ein qualifizierter Beratungsprozess zugrunde liegt. Der vorliegende Behandlungsplan reflektiert den (mutmaßlichen) Willen des Bewohners und ist – wenn vollständig und eindeutig ausgefüllt – für jedermann ethisch und rechtlich verbindlich, sofern der Bewohner nicht selbst einwilligungsfähig ist. Zur Klärung anderer Behandlungsfragen ist die ausführliche Patientenverfügung heranzuziehen und ggf. der Vertreter (Bevollmächtigte bzw. Betreuer) zu konsultieren. Wenn Änderungen des Willens oder des Zustands / der Prognose eine Aktualisierung des Behandlungsplans erforderlich machen, ist ein neuer Behandlungsplan auszufüllen und der bisherige Behandlungsplan durch ganzseitige diagonale Striche (mit Datumsangabe und Unterschrift) zu entwerten. Der entwertete Behandlungsplan bleibt als solcher Teil der Bewohnerakte.			
Datum/Unterschrift Patient/Bevollmächtigter	Namen:	Datum/Unterschrift	Hausarzt Leitung Pflege