

Dokumentation Therapiebegrenzung



Datum:

Gültig

maximal bis:

(Gültigkeit erlischt mit der Entlassung aus dem Krankenhaus)

Patientenetikett

Folgende Maßnahmen werden *nicht* durchgeführt*:

Reanimation:

- Herzdruckmassage
- Defibrillation / Kardioversion
- Medikamente
- Assist Devices

Beatmung:

- Invasiv
- Nicht-invasiv (Maskenbeatmung)
- Intensivierung der Beatmung
- Lungenersatzverfahren (z.B. ECMO)

Verlegung Intensiv/IMC/andere Klinik

Künstliche Ernährung:

- Enteral (Sondenkost)
- Parenteral

Andere:

- Antinfektive Therapie (z. B. Antibiotika)
- Andere Medikamente (unter Besonderheiten benennen)
- Blutprodukte
- Nierenersatzverfahren (z.B. Dialyse)
- Operative / diagnostische Maßnahmen
- Passagerer Schrittmacher
- Weitere: _____

Besonderheiten:

② Grund für die Begrenzung der Maßnahmen

Medizinische Indikation nicht gegeben

(Therapie führt wegen schlechter Gesamtprognose nicht zum Erreichen des angestrebten Therapieziels oder Sterbephase hat begonnen)

Therapiebegrenzung auf Grund des Patientenwillens

(Aussage kann von Patient/in jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen werden)

Erläuterung zum Patientenwillen:

- Patient/in kann eigene Situation erfassen und die Folgen der Therapiebegrenzung verstehen
- Patientenwille wurde durch Betreuer oder Bevollmächtigten zur Geltung gebracht

Patientenwille gesichert auf Basis von:

- Patientenverfügung
- Behandlungswünschen
- Mutmaßlichem Patientenwillen

Besonderheiten:

Informationsgespräch erfolgte am: _____

am: _____

am: _____

am: _____

mit Patient/in

mit Betreuer/ Vorsorge-Bevollmächtigtem

mit Pflegekraft

mit Angehörigen u. sonstigen Vertrauenspersonen, nämlich: _____

Autorisierung

[Unterschrift Ärztin/Arzt Name in Druckbuchstaben]

[Zur Kenntnis genommen Unterschrift der/des Pflegenden Name in Druckbuchstaben]

*Die Therapiebegrenzung gilt nur für die oben genannten Maßnahmen. Basisbetreuung sowie palliativmedizinische und -pflegerische Maßnahmen werden dadurch nicht eingeschränkt.