



1. Kontaktangaben

Datum Aktualisierung

Patient/in

Herr ☐

Frau ☐

Name:

Geburtsdatum:

Strasse:

Krankenkasse

PLZ, Ort:

Mobil:

E-Mail:

Vertretungsberechtigte Person

Herr ☐

Frau ☐

Name:

Strasse:

PLZ, Ort:

Mobil:

E-Mail:

2. Grundsatzentscheide – Verfügungen

Datum Aktualisierung:

Erwartungen des Patienten

Behandlungsziele

Patientenverfügung/Vorsorgeauftrag abgelegt bei/ in:

Patienten-Verfügung: Ja* ☐ Nein ☐ zum Ausfüllen abgegeben ☐ (*Im Anhang)

Vorsorgeauftrag: Ja* ☐ Nein ☐ zum Ausfüllen abgegeben ☐ (*Im Anhang)

Verfügung Organspende

Ärztliches Notfallformular (mit Patient und Angehörigen besprochen, muss mit Patientenverfügung kongruent sein, falls vorhanden)

Spitaleinweisung Nein ☐ Ja ☐ Anmerkungen (bspw. wo)

Wenn nein = Therapieziel C; Behandlungsplan für zuhause/Pflegeheim notwendig

Therapieziel A: Lebensverlängerung

☐ A: Lebensverlängerung mit allen vertretbaren Massnahmen incl. CPR (Herz-Kreislaufwiederbelebung)

Therapieziel B: Lebensverlängerung mit folgenden Einschränkungen:

☐ B0: **keine** CPR (Herz-Kreislaufwiederbelebung)

☐ B1: **keine** CPR, **keine** Tubusbeatmung (Beatmungsschlauch)

☐ B2: **keine** CPR, **keine** Tubusbeatmung, **keine** Intensivmedizin

Therapieziel C: grösstmögliche Linderung der Beschwerden, keine Lebensverlängerung

☐ C: ausschliesslich lindernde Behandlung unabhängig vom Behandlungsort

Vorausplanung weiterer medizinischer Interventionen

Unter folgenden Bedingungen:

Antibiotika Nein ☐ Ja ☐

Bluttransfusion Nein ☐ Ja ☐

Künstliche Ernährung enteral
(in den Darm) Nein ☐ Ja ☐

Künstliche Ernährung parenteral
(ins Blut) Nein ☐ Ja ☐

Anti-Tumor-Therapie Nein ☐ Ja ☐

Weitere Massnahmen
(z.B. Dialyse)

Datum: Vorname, Name Ärztin/Arzt

Unterschrift Ärztin/Arzt

Datum:

Unterschrift Patient/in/
Vertretungsberechtigte Person