

Einstellungen zu Leben, Sterben und schwerer Erkrankung Standortbestimmung zur Therapiezielfindung

Wie gerne leben Sie?

Welche Bedeutung hat es für Sie, (noch lange) weiter zu leben?

Wenn Sie ans Sterben denken – was kommt Ihnen dann in den Sinn?

Wenn ich Ihnen sagen könnte, dass Sie heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen werden – was würde das **jetzt** in Ihnen auslösen?

Darf eine medizinische Behandlung dazu beitragen, Ihr Leben in einer Krise zu erhalten?

Welche Belastungen und Risiken wären Sie bereit, dafür in Kauf zu nehmen?

Welche Sorgen oder Ängste bewegen Sie, wenn Sie an künftige medizinische Behandlungen denken?
Warum ist das bei Ihnen so?

Gibt es Situationen, in denen Sie nicht mehr lebenserhaltend behandelt werden wollen?

Warum ist das bei Ihnen so? Sind in diesem Zusammenhang Erfahrungen bei Ihnen oder anderen Personen mit konkreten Erkrankungen oder Behandlungen von Bedeutung?

Gibt es religiöse, spirituelle oder persönliche Überzeugungen oder kulturelle Hintergründe, die Ihnen in diesem Zusammenhang wichtig sind?

Festlegung für den Notfall (FeNo)

INTEGRIERTE NOTFALLPLANUNG

Vorname	Name	Ggf. Einrichtungsstempel
geb. am	Adresse	
Ansprechperson		
Vorname	Name	Tel.

Für eine lebensbedrohliche Notfallsituation, in der ich nicht einwilligungsfähig bin, lege ich fest:

Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung

A ●●●●● **Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung**

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

B0 ●●●●● **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B1 ●●●●● **Keine invasive (Tubus-) Beatmung**
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B2 ●●●●● **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (Normalstation)

B3 ●●●●● **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Keine Mitnahme ins Krankenhaus
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (ambulant)

THERAPIEZIEL C = Linderung (Palliation), nicht Lebenserhaltung

C ●●●●● **Ausschließlich lindernde Maßnahmen**
Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

„Diese Festlegung ist Ausdruck meines Behandlungswillens und steht im Einklang mit meinen Einstellungen zu Leben, Sterben und schwerer Erkrankung (s. Rückseite).
Die sich daraus ergebenden Folgen habe ich verstanden.“

Vorname _____ Name _____
_____, den _____, 20 _____ Unterschrift des Verfassers *X*

„Die hier getroffene Festlegung gibt den Behandlungswillen der oben genannten Person angemessen wieder.“

Vorname _____ Name _____
X _____
Ggf. Unterschrift des Bevollmächtigten/Betreuers

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“

Vorname _____ Name _____
X _____
Unterschrift des ACP-D-zertifizierten Gesprächsbegleiters

Ärztliche Stellungnahme

„Diese Festlegung berücksichtigt die medizinische Situation der o.g. Person und wurde mit ihr erörtert. Ich bestätige ihre Einwilligungsfähigkeit und ihr Verständnis der Implikationen dieser Festlegung.“

Ein Krisenplan wurde erstellt. _____, den _____ *X* _____
Unterschrift und Stempel des Arztes

! Die Vorausplanung ist regelmäßig zu überprüfen und bei veränderter medizinischer Situation oder verändertem Patientenwillen anzupassen (bei Einwilligungsunfähigkeit durch den rechtlichen Vertreter).

Name

Gesprächsbegleiter/in: Vorname