

Standortbestimmung zur Therapiezielklärung

Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben

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?

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

Welche Sorgen oder Ängste bewegen Sie, wenn Sie an künftige medizinische Behandlungen denken?
Sind hierbei Erfahrungen von Ihnen oder bei anderen Personen von Bedeutung?

ALTERNATIV | Ärztliche Begründung bei fehlender Erfolgsaussicht lebens- erhaltender Maßnahmen (→ umseitig FeNo Option „C“), ggf. Verweis auf Arztbrief:

Stempel

X

Datum, Unterschrift

Datum

Vorname

Name

Handzeichen

Name

Gesprächsbegleiter/in: Vorname

Festlegung für den Notfall (FeNo)

Vorname Name Ggf. Einrichtungsstempel
geb. am Adresse
Ggf. Bevollmächtigter/Betreuer
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 Herz-Lungen-Wiederbelebung**
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

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

THERAPIEZIEL C = Linderung, nicht Lebenserhaltung

☐ **C** ●●●●● **Ausschließlich Maßnahmen mit dem Ziel der Palliation**
Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

„Diese Festlegung ist Ausdruck meines Behandlungswillens und steht im Einklang mit der umseitig dokumentierten Therapiezielklärung. Die sich daraus ergebenden Folgen habe ich verstanden.“

Vorname Name
, den

X

Unterschrift des Verfassers (**obligat**)

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

Vorname Name

X

Ggf. Unterschrift des Bevollmächtigten/Betreuers (**empfohlen**)

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“

Vorname Name

X

Unterschrift des ACP-D-zertifizierten Gesprächsbegleiters (**empfohlen**)

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 (**empfohlen**)

! Die Vorausplanung ist regelmäßig zu überprüfen und bei veränderter medizinischer Situation oder veränderten Hinweisen auf den (mutmaßlichen) Patientenwillen anzupassen.