

Standortbestimmung zur Therapiezielklärung

Vertretene Person: Vorname

Name

Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben

Die Einstellungen sind anhand konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Auf diese soll im Text verwiesen werden: **frühere Patientenverfügung (P), Behandlungswünsche (B), andere Äußerungen (Ä) oder Verhaltensweisen (V).**

Wie gerne lebt die vertretene Person?

Welche Bedeutung hat es für die vertretene Person, (noch lange) weiter zu leben?

Was ist bekannt darüber, was die vertretene Person über das Sterben denkt oder dachte?

Wenn die vertretene Person heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen würde, was würde es für sie **jetzt** bedeuten, dies zu wissen?

Darf eine medizinische Behandlung aus Sicht der vertretenen Person dazu beitragen, ihr Leben in einer Krise zu erhalten?

Welche Belastungen und Risiken wäre die Person bereit, dafür in Kauf zu nehmen?

Sind Situationen bekannt, bei deren Eintreten die vertretene Person nicht mehr lebens-erhaltend behandelt werden wollte?

Gibt es Sorgen und Ängste hinsichtlich künftiger medizinischer Behandlungen? Sind in diesem Zusammenhang zurückliegende Erfahrungen mit konkreten Erkrankungen oder Behandlungen 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 Vertreter/in

Name Vertreter/in

Handzeichen

Name

Gesprächsbegleiter/in: Vorname

Festlegung für den Notfall (FeNo)

Nicht einwilligungsfähige (vertretene) Person:

Adresse, ggf. Einrichtungsstempel

Vorname Name

geb. am Adresse

Vertreter (Bevollmächtigter/Betreuer/Ehegattennotvertreter)

Vorname Name

Tel.

Für eine lebensbedrohliche Notfallsituation gilt bei der oben genannten

nicht einwilligungsfähigen Person: 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 entspricht dem sorgfältig ermittelten (mutmaßlichen) Willen der o.g. Person und steht im Einklang mit der umseitig dokumentierten Therapiezielklärung.“

, den

X

Vorname

Name

Unterschrift des Bevollmächtigten/Betreuers/Ehegattennotvertreters (**obligat**)

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“

X

Vorname

Name

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

Ärztliche Stellungnahme

„Diese Festlegung berücksichtigt die medizinische Situation der o.g. Person und entspricht ihrem sorgfältig ermittelten (mutmaßlichen) Willen.“

☐ 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.