

Patientenaufkleber

Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung

Muss von einer/einem verantwortlichen Oberärztin/-arzt bzw. Fachärztin/-arzt ausgefüllt werden

Folgende Maßnahmen werden nicht durchgeführt:

Normalstation		Intensivstation	
1. Intubation/Beatmung	<input type="checkbox"/>	1. Intubation/Beatmung	<input type="checkbox"/>
2. Reanimation	<input type="checkbox"/>	2. Nichtinvasive Beatmung	<input type="checkbox"/>
3. Verlegung auf IMC	<input type="checkbox"/>	3. mechanische Reanimation	<input type="checkbox"/>
4. Verlegung auf IPS	<input type="checkbox"/>	4. Defibrillation	<input type="checkbox"/>
Sonstige:			
Katecholaminobergrenze:			

Gründe für die Unterlassung: (bitte im Feld „Weitere wichtige Informationen“ auf Seite 2 erläutern)

- Medizinische Indikation nicht gegeben (z.B. Ausweitung der Therapie nicht sinnvoll, Sterbephase hat eingesetzt)
- Der einwilligungsfähige Patient/in lehnt Maßnahmen ab (die Verzichtserklärung kann von der Patientin/dem Patienten jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden)
- Der Bevollmächtigte/Betreuer der/des nicht einwilligungsfähigen Patientin/-en lehnt Maßnahmen ab
- _____

Hinweise zur Einwilligungsfähigkeit der Patientin/des Patienten:

Patient/in ist einwilligungsfähig ja nein

Einwilligungsfähigkeit bzw. fehlende Einwilligungsfähigkeit wurde festgestellt

- durch unterzeichnende Oberärztin/-arzt bzw. Fachärztin/-arzt
- im Zweifelsfall: durch psychiatrisches Konsil vom _____
- _____

Patient/-in hat (bitte dokumentieren, sofern vorhanden)

- eine Patientenverfügung (Original bzw. Kopie liegt vor ja nein)
- einen Bevollmächtigten (Vorsorgevollmacht liegt vor ja nein)
- einen Betreuer (Betreuungsausweis liegt vor ja nein)

ggf. Name und Telefonnummer des Bevollmächtigten/Betreuers

Aufklärungsgespräch erfolgt am _____ mit Patient/in
am _____ mit Bevollmächtigtem/Betreuer

Die Familie des Patienten wurde über die Entscheidung informiert: am _____

Die Entscheidung wurde im Team besprochen bzw. dem Team kommuniziert: am _____

Die Entscheidung erfolgte nach Beratung durch das Klinische Ethikkomitee: am _____
keine Beratung

Weitere wichtige Informationen zum Gesundheitszustand des Patienten/der Patientin und/oder dem Entscheidungsprozess:

Die Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung muss bei Schichtübergaben mitgeteilt und regelmäßig überprüft und dokumentiert werden. Bei Änderungen des klinischen Verlaufes oder der klinischen Einschätzung ist eine Reevaluation und erneute Dokumentation zwingend.

Datum _____ Unterschrift Oberarzt/-ärztin, Facharzt/-ärztin

Reevaluation

Datum _____ Unterschrift Oberarzt/-ärztin, Facharzt/-ärztin

Datum _____ Unterschrift Oberarzt/-ärztin, Facharzt/-ärztin

Datum _____ Unterschrift Oberarzt/-ärztin, Facharzt/-ärztin