

Palliativ-Team

Tel.: 0561 3086-4495
0172 536 1347
Tel.: 0561 3086-3150 oder -3151
Fax: 0561 3086-4494
eulitz@rkh-kassel.de

Datum: _____

6a. Absprachen und Verfügungen

Patient Name, Vornamen, Geb.-Dat.:

Es liegt eine **Betreuung / Vollmacht** vor ja nein

Namen des Betreuers / Bevollmächtigten (Gesundheitsfürsorge)

Adresse: Straße, Hausnr., PLZ Ort Tel.:

Grunderkrankung - Diagnosen

Mit dem Patienten abgesprochene Maßnahmen im Notfall oder bei Verschlechterung der Symptome

Wiederbelebung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	welches Krankenhaus? _____
Krankenhauseinweisung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Intensivstation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Beatmung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Künstliche Ernährung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Andere Maßnahmen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	weitere Wünsche: _____

Unterschrift

Ort, Datum _____ Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters _____

Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht ist hinterlegt bei

Im Notfall bitte ich um Benachrichtigung von:

Namen: _____ Telefon-Nummer: _____

