

Nächster Ansprechpartner _____

Telefon/Mobil _____

Krankenhaus/Abteilung _____

Palliative Care Team _____

Hausarzt _____

Pflegedienst _____

Ambulantes Hospiz _____

Seelsorger _____

Mülheimer Palliativausweis

Herausgeber

Kommunale Gesundheitskonferenz Mülheim an der Ruhr, SAPV Mülheim an der Ruhr - mit freundlicher Genehmigung Hospizarbeit Essen e. V., Netzwerk Palliativmedizin Essen / npe

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Betreut durch

Gesetzlicher Betreuer

Vorsorgebevollmächtigter

Name _____

Vorname _____

Telefon _____

Mobil _____

1. Auflage / Januar 2020

Palliativmedizinische Hauptdiagnose
(fortschreitende Erkrankung, die zum Tode führt)

**Besonderheiten, Bemerkungen,
Bedarfsmedikation**



Datum, Unterschrift des behandelnden Arztes

Eine Herz-Lungen-Wiederbelebung lehne ich ab.

Ja Nein

Eine Intubation/künstliche Beatmung lehne ich ab.

Ja Nein

Eine Krankenhauseinweisung lehne ich ab.

Ja Nein

**Ich wünsche trotzdem eine bestmögliche
Linderung meiner Beschwerden.**

Konsequenzen aus den oben festgelegten Regelungen habe ich mit meinem Arzt besprochen.

Datum, Unterschrift Patient:

Therapieentscheidung für den nicht einwilligungsfähigen Patienten aufgrund:

bestehender Patientenverfügung

mündlich geäußerter Behandlungswunsch

mutmaßlichem Willen des Patienten

Datum, Unterschrift

Gesetzlicher Betreuer Bevollmächtigter Angehöriger