

NOTFALLBOGEN

		_____ . _____ . _____	
Nachname, Vorname		geb. am	
In einer Notfallsituation, in der ich selbst nicht mehr meine Wünsche äußern kann, ist es mein Wille, wie folgt behandelt zu werden:		Der Wille der genannten Person wurde ermittelt und sie / er möchte wie folgt behandelt werden:	

Nur eine Kategorie auswählen, sonst ungültig!

	Wiederbelebung	Beatmung Tubus	Beatmung Maske	Intensivstation	Krankenhaus	Symptomkontrolle
Behandlung gewünscht mit allen erforderlichen Maßnahmen:						
A	JA	JA	JA	JA	JA	JA
Behandlung gewünscht, aber mit folgenden Einschränkungen:						
B	NEIN	JA	JA	JA	JA	JA
DNR - Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung gewünscht, ansonsten indizierte Notfall- und Intensivbehandlung ohne weitere Einschränkungen						
C	NEIN	NEIN	JA	JA	JA	JA
Keine Intubation, keine Herz-Lungen-Wiederbelebung gewünscht; ansonsten indizierte Notfall- und Intensivbehandlung						
D	NEIN	NEIN	NEIN	JA	JA	JA
Keine Maskenbeatmung, keine Intubation, keine Herz-Lungen-Wiederbelebung gewünscht; ansonsten indizierte Notfall- und Intensivbehandlung						
E	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	JA	JA
Behandlung im Krankenhaus gewünscht, keine Intensivstation						
Linderung meiner Beschwerden gewünscht (Palliativbehandlung)						
F	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	JA

Ich stimme einer Organspende zu: JA / NEIN [nur bei Kategorie A oder B]

Ort _____ Datum _____

Beratene Person	Rechtliche*r Vertreter*in

Datum	Unterschrift ACP-Berater*in	Stempel

Datum	Unterschrift Arzt*in	Stempel