



**1. Kontaktangaben**

**Datum Aktualisierung**

**Patient/in**

Herr  Frau

Name:

Geburtsdatum:

Strasse:

Krankenkasse

PLZ, Ort:

Mobil:

E-Mail:

**Vertretungsberechtigte Person**

Herr  Frau

Name:

Strasse:

PLZ, Ort:

Mobil:

E-Mail:



## 2. Grundsatzentscheide – Verfügungen

Datum Aktualisierung:

Erwartungen des Patienten

Behandlungsziele

**Patientenverfügung/Vorsorgeauftrag** abgelegt bei/ in:

Patienten-Verfügung: Ja\*  Nein  zum Ausfüllen abgegeben  (\*Im Anhang)

Vorsorgeauftrag: Ja\*  Nein  zum Ausfüllen abgegeben  (\*Im Anhang)

Verfügung Organspende

**Ärztliches Notfallformular** (mit Patient und Angehörigen besprochen, muss mit Patientenverfügung kongruent sein, falls vorhanden)

Spitaleinweisung Nein  Ja  Anmerkungen (bspw. wo)

Wenn nein = Therapieziel C; Behandlungsplan für zuhause/Pflegeheim notwendig

### Therapieziel A: Lebensverlängerung

A: Lebensverlängerung mit allen vertretbaren Massnahmen incl. CPR (Herz-Kreislaufwiederbelebung)

### Therapieziel B: Lebensverlängerung mit folgenden Einschränkungen:

B0: **keine** CPR (Herz-Kreislaufwiederbelebung)

B1: **keine** CPR, **keine** Tubusbeatmung (Beatmungsschlauch)

B2: **keine** CPR, **keine** Tubusbeatmung, **keine** Intensivmedizin

### Therapieziel C: grösstmögliche Linderung der Beschwerden, keine Lebensverlängerung

C: ausschliesslich lindernde Behandlung unabhängig vom Behandlungsort

### Vorausplanung weiterer medizinischer Interventionen

Unter folgenden Bedingungen:

Antibiotika Nein  Ja

Bluttransfusion Nein  Ja

Künstliche Ernährung enteral  
(in den Darm) Nein  Ja

Künstliche Ernährung parenteral  
(ins Blut) Nein  Ja

Anti-Tumor-Therapie Nein  Ja

Weitere Massnahmen  
(z.B. Dialyse)

Datum: Vorname, Name Ärztin/Arzt

Unterschrift Ärztin/Arzt

Datum:

Unterschrift Patient/in/  
Vertretungsberechtigte Person