

Palliativmedizinische Hauptdiagnose
(fortschreitende Erkrankung, die zum Tode führen kann)

Datum, Unterschrift, Stempel Ärztin/Arzt

Ärztin/Arzt _____

Palliative Care Team _____

2. Auflage März 2022
Konzeption & Idee © Gesundheitskonferenz Essen
Mit freundlicher Unterstützung des Rotary Clubs Karlsruhe

Adresse _____

Die Entscheidungen entsprechen denen meiner bestehenden Patientenverfügung.
Konsequenzen aus den festgelegten Regelungen habe ich mit meinem Arzt besprochen.

Datum, Unterschrift, Patientin/Patient

Bemerkungen

Karlsruher Palliativausweis

Herausgeber:
OSP/SAPV Karlsruhe

OSP Karlsruhe
Onkologischer Schwerpunkt Karlsruhe



Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes ist eine Wiederbelebung erwünscht:

☐ nein ☐ ja

In einer lebensbedrohlichen Situation wünsche ich mir:

- ☐ lindernde Maßnahmen vor Ort und keine lebenserhaltende Therapie
- ☐ eine Notfalltherapie vor Ort oder im Krankenhaus, aber ohne Intensivtherapie oder invasive Beatmung
- ☐ eine maximale Therapie mit Krankenhaus-einweisung, einschließlich Intensivtherapie, invasiver Beatmung

Therapieentscheidung für den nicht einwilligungsfähigen Patienten aufgrund:

- ☐ bestehender Patientenverfügung
- ☐ mündlich geäußertem Behandlungswunsch
- ☐ mutmaßlichem Willen des Patienten

Vertreten durch:

- ☐ Gesetzliche Betreuerin/Gesetzlicher Betreuer
- ☐ Bevollmächtigte/Bevollmächtigter
- ☐ Angehörige/Angehöriger

Name _____

Vorname _____

Telefon _____

Mobil _____

Datum, Unterschrift