

Patientenaufkleber

Patient/in: _____

geb.: _____ Station: _____

Checkliste – Therapiebegrenzung / Intensivmedizin

Gründe für die Unterlassung der Maßnahmen:

- Das angestrebte Therapieziel ist nicht (mehr) erreichbar/ die Maßnahmen sind medizinisch nicht (mehr) indiziert.
- Die Maßnahmen widersprechen dem (mutmaßlichen) Patientenwillen.

Einwilligungsfähigkeit der Patientin / des Patienten:

- Patient/in ist einwilligungsfähig Patient/in ist nicht einwilligungsfähig

Betreuer(in)/Vorsorgebevollmächtigte(r): _____

Patientenverfügung liegt vor: ja nein

Gespräche zur Entscheidungsfindung:

am _____ mit Patient/in

am _____ mit Betreuer/Vorsorgebevollmächtigtem

am _____ mit Angehörigen

am _____ Teambesprechung/Stationsbesprechung

Notizen:

Therapiebegrenzung bei Patient/in

1.) Die Therapie wird auf Maßnahmen der „comfort care“ beschränkt (alle unter 3.) genannten Maßnahmen werden nicht mehr durchgeführt).

2.) Eine Eskalation der intensivmedizinischen Maßnahmen wird nicht mehr durchgeführt.

3.) Folgende Maßnahmen werden nicht (mehr) durchgeführt:

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| 1. Reanimation | <input type="checkbox"/> | mechanisch |
| | <input type="checkbox"/> | elektrisch |
| | <input type="checkbox"/> | pharmakologisch |
| 2. Intubation/Tracheotomie | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Beatmung | <input type="checkbox"/> | invasiv |
| | <input type="checkbox"/> | nicht-invasiv |
| | <input type="checkbox"/> | Wechsel des Beatmungsmodus |
| 4. Kreislaufunterstützung | <input type="checkbox"/> | medikamentös |
| | <input type="checkbox"/> | Assist-Devices |
| 5. Nierenersatzverfahren | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Antibiotikatherapie | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Therapie mit Blut-/ Blutersatzprodukten | <input type="checkbox"/> | |

Datum:

Oberarzt/Facharzt:

Die dokumentierte Therapiebegrenzung muss jeweils nach 24 Stunden überprüft werden. Auf jeder Ebene der Therapiebegrenzung ist die Freiheit des Patienten/der Patientin von Angst, Schmerz und Atemnot zu gewährleisten.

Reevaluation erfolgt am/durch:

Datum: _____ Oberarzt/Facharzt: _____ Pflege: _____

Datum: _____ Oberarzt/Facharzt: _____ Pflege: _____

Datum: _____ Oberarzt/Facharzt: _____ Pflege: _____

Datum: _____ Oberarzt/Facharzt: _____ Pflege: _____