

Behandlungswunsch im Notfall

(Patient war einwilligungsfähig)

Patient/-in: _____ Geb.- Datum: _____

Behandlungswunsch im Notfall:

Reanimation: ja nein

Patientenverfügung liegt vor: ja nein

Grunderkrankung:

Anmerkungen:

Hausarzt:

Name: _____

Telefon: _____

Gesundheitsfürsorge:

(Betreuer/Bevollmächtigter)

ja nein

wenn ja:

Name: _____

Telefon: _____

_____, den _____

Unterschrift des/r Hausarztes/-ärztin

Unterschrift des/r Patienten/-in

Unterschrift BetreuerIn/Vorsorgebevollmächtigte/r

Zur Kenntnis genommen:

Unterschrift Stationsleitung