

Behandlungswunsch im Notfall

(Patient war nicht einwilligungsfähig)

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

Behandlungswunsch im Notfall:

Der mutmaßliche Wille wurde erhoben! Daraus ergibt sich folgender Behandlungswunsch:

Reanimation: ja nein

Patientenverfügung liegt vor: ja nein

Grunderkrankung:

Anmerkungen:

Hausarzt:

Name: _____

Telefon: _____

_____, den _____

Unterschrift des/r Hausarztes/-ärztin

für die Angehörigen

Unterschrift BetreuerIn/Vorsorgebevollmächtigte/r

Zur Kenntnis genommen:

Unterschrift Stationsleitung