

Patientenaufkleber

Patient/in: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_

## Checkliste – Therapiebegrenzung

### 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 medizinischen 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/Beatmung                     | <input type="checkbox"/> |                 |
| 3. Kreislaufunterstützung                  | <input type="checkbox"/> | medikamentös    |
| 4. Nierenersatzverfahren                   | <input type="checkbox"/> |                 |
| 5. Antibiotikatherapie                     | <input type="checkbox"/> |                 |
| 6. Therapie mit Blut-/ Blutersatzprodukten | <input type="checkbox"/> |                 |
| 7. Ernährung über nasale Magensonde/PEG    | <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:

---