

# 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