



Therapiebegrenzung: Empfehlung und Dokumentation

Patientenaufkleber	Station / Bereich:
--------------------	--------------------

Patient ist kontaktfähig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Besteht eine Betreuung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Patientenverfügung liegt vor <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Name/Tel.: Betreuer/in <input type="checkbox"/> Name/Tel.: Bevollmächtigte/r
Vorsorgevollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Geführte Gespräche:	Besprechung Behandlungsteam (Teilnehmer/Datum):
Mit Patient (Teilnehmer/Datum):	
Mit Angehörigen (Teilnehmer/Datum):	
Mit Betreuer/Bevollm. (Teilnehmer/Datum):	Falls durchgeführt: Ethisches Konsil / Fallbesprechung am:

Gründe für die Einschränkung der Maßnahmen:
<input type="checkbox"/> Patient/in lehnt Maßnahmen ab <input type="checkbox"/> Medizinische Indikation nicht mehr gegeben Erläuterungen:

Unterschriften:		
Chefarzt / Oberarzt: Fachabteilung:	Chefarzt / Oberarzt: Ggf. Intensivstation:	Chefarzt / Oberarzt: Mitbehandelnde Fachabteilung:

Therapiebegrenzung: Empfehlung und Dokumentation

Folgende Maßnahmen sollen <u>nicht</u> mehr durchgeführt werden:	
1. Wiederbelebung	<input type="checkbox"/> Herzdruckmassage / Defibrillation
2. Verlegung auf Intensivstation	<input type="checkbox"/>
Auf Intensivstation	
3. Beatmung	<input type="checkbox"/> Invasive Beatmung <input type="checkbox"/> Nicht-Invasive Beatmung
4. Kreislaufunterstützung	<input type="checkbox"/> Katecholamingabe <input type="checkbox"/> Steigerung der Katecholamindosis
5. Nierenersatztherapie	<input type="checkbox"/>
Auf Intensiv- oder Normalstation	
6. Therapie mit Blutprodukten	<input type="checkbox"/>
7. Antibiotikatherapie	<input type="checkbox"/>
8. Thromboseprophylaxe	<input type="checkbox"/>
9. Ernährung	<input type="checkbox"/> Enterale Ernährung <input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung
10. Sonstige Therapien	<input type="checkbox"/> _____

Der Entschluss zur Therapiebegrenzung spiegelt die aktuelle Einschätzung wider und sollte zeitnah, spätestens nach 2 Wochen anhand des Verlaufs re-evaluiert werden.

Im Fall des Auftretens anderer Gesichtspunkte im Verlauf:
Die oben getroffenen Entscheidungen werden aus folgenden Gründen aufgehoben:
Datum, Unterschrift Chefarzt / Oberarzt