



## 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<br><input type="checkbox"/> Name/Tel.: Bevollmächtigte/r |
| Vorsorgevollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  |  |
| <b>Geführte Gespräche:</b>   | <b>Besprechung Behandlungsteam<br/>(Teilnehmer/Datum):</b>   |
| Mit Patient (Teilnehmer/Datum):  |  |
| Mit Angehörigen (Teilnehmer/Datum):  |  |
| Mit Betreuer/Bevollm. (Teilnehmer/Datum):  | Falls durchgeführt:<br>Ethisches Konsil / Fallbesprechung am:  |

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

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Unterschriften:</b>                 |   |   |
| Chefarzt / Oberarzt:<br>Fachabteilung: | Chefarzt / Oberarzt:<br>Ggf. Intensivstation: | Chefarzt / Oberarzt:<br>Mitbehandelnde Fachabteilung: |

## Therapiebegrenzung: Empfehlung und Dokumentation

| Folgende Maßnahmen sollen <u>nicht</u> mehr durchgeführt werden: |   |
|--|---|
| 1. Wiederbelebung  | <input type="checkbox"/> Herzdruckmassage /<br>Defibrillation                                       |
| 2. Verlegung auf<br>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<br>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<br>Chefarzt / Oberarzt                                   |