



Was in einem lebensbedrohlichen **Notfall** bei mir zu tun oder zu lassen ist ...

Ich, _____ (Vorname, Name) _____ (Geburtsdatum)
 _____ (Anschrift) _____ (Telefon)

oder stellvertretend für mich, mein(e) Vorsorgebevollmächtigte(r) / Betreuer(in),
 verfüge für die Situation eines eintretenden lebensbedrohlichen Notfalls:

Ärztliches Vorgehen bei einem lebensbedrohlichen Notfall	Ja	Nein
Herz-Lungen-Wiederbelebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhaus-Einweisung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausschließlich palliativmedizinisch ausgerichtete Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es existiert eine		
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorsorgevollmacht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die wichtigste(n) Kontaktperson(en) im Notfall ist/sind

1) _____ (Vorname, Name) _____ (Telefon)
 _____ (Verhältnis zum Betroffenen: z.B. Elternteil, Kind, Freund/in, Arzt, Betreuer etc) _____ (Telefon-Alternative)

2) _____ (Vorname, Name) _____ (Telefon)
 _____ (Verhältnis zum Betroffenen: z.B. Elternteil, Kind, Freund/in, Arzt, Betreuer etc) _____ (Telefon-Alternative)

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte werden aufgefordert, mit meinem/meiner Bevollmächtigten oder meinem/meiner Betreuer(in) bedarfsweise die Maßnahmen abzustimmen, die im weiteren Verlauf meiner Einwilligungsunfähigkeit sinnvollerweise zu ergreifen oder zu unterlassen sind, um dem in dieser "Notfall-Verfügung" / der Patientenverfügung / der Vorsorgevollmacht zum Ausdruck gebrachten Willen zu entsprechen.

_____ (Ort, Datum) _____ (Unterschrift)