

Nächster Ansprechpartner _____

Telefon _____

Mobil _____

Palliative Care Team _____

Hausarzt _____

Pflegedienst _____

Ambulantes Hospiz _____

Seelsorger _____

Duisburger Palliativausweis

Herausgeber

PanDu Palliativnetz Duisburg e.V.,
Kommunale Gesundheitskonferenz Duisburg,
*mit freundlicher Genehmigung, Hospizarbeit Essen e.V.,
Netzwerk Palliativmedizin Essen, Gesundheitskonferenz Essen*

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Betreut durch

Gesetzlicher Betreuer

Vorsorgebevollmächtigter

Name _____

Vorname _____

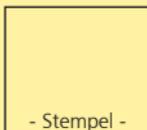
Telefon _____

Mobil _____

**Palliativmedizinische Hauptdiagnose
(fortschreitende Erkrankung, die zum Tode führt)**

**Besonderheiten, Bemerkungen,
Bedarfsmedikation**

Datum, Unterschrift des behandelnden Arztes



Eine Herz-Lungen-Wiederbelebung lehne ich ab.

ja nein

Eine Intubation/künstliche Beatmung lehne ich ab.

ja nein

Eine Krankenhauseinweisung lehne ich ab.

ja nein

**Ich wünsche trotzdem eine bestmögliche
Therapie meiner Beschwerden!**

Konsequenzen aus den oben festgelegten Regelungen habe ich mit meinem Arzt besprochen.

Datum, Unterschrift Patient

Therapieentscheidung für den nicht einwilligungsfähigen Patienten aufgrund:

- bestehender Patientenverfügung
- mündlich geäußertem Behandlungswunsch
- mutmaßlichem Willen des Patienten

Datum, Unterschrift

Gesetzl. Betreuer Bevollmächtigter Angehöriger