

Krisenbogen ÖSTERREICH für Notärztinnen

Geltungsbereich:

Seite 1 von 2

PATIENTINNEN-DATEN		
Name:	.....	SV-Nr./Geb.-Datum: /
Adresse:	.....
Diagnosen:		
Karnofsky-Performance-Scale/ECOG:		
		Datum:
Aktuelle Probleme:		
Besonderheiten z.B. Allergien		
Letzter Klinikaufenthalt:		Klinik:
Vertretung aktiviert?	<input type="checkbox"/> Ja, Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Ja, Erwachsenenvertretung <input type="checkbox"/> Nein, keine Vertretung!	
WICHTIGE KONTAKTPERSONEN / TELEFONNUMMERN		
Vertrauensperson:	.....	Tel:
Vertreterin:	.....	Tel:
Hausärztin:	.....	Tel:
Palliativteam:	.....	Tel:
Pflegedienst:	.....	Tel:
	.....	Tel:
WILLENSERKLÄRUNG		
Patientenverfügung: Formular hinterlegt? verbindliche / andere	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Vorsorgeialog®?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Sterbeverfügung: Formulare hinterlegt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Hinterlegung der Formulare (Ort):	.....
Präparat zum Assistierten Suizid vor Ort?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Symptomatische Therapie: Zustimmung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (siehe Rückseite)
Herz-Lungen-Wiederbelebung (Reanimation): Zustimmung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Krankenhauseinweisung wird akzeptiert?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Aufklärung: Prognose/Diagnose Patientin?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Aufklärung: Prognose/Diagnose Vertrauensp./Vertreterin?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

.....
 Ort, Datum

.....
 Name Patientin

.....
 Unterschrift Patientin bzw. befugte Vertreterin

.....
 Ort, Datum

.....
 Name Ärztin

.....
 Unterschrift Ärztin

Krisenbogen für Notärztinnen

EMPFOHLENE SYMPTOMATISCHE THERAPIE						
Symptom	Medikamentöse Therapie					Sonstige Maßnahmen
	Medikament / Verabreichungsform	Dosis (mg)	Verabreichungs- weg	Max. Tagesdosis	Zeitl. Abstand zw. Einzelgaben	
Schmerzen						
Angst						
Atemnot						
Delir						
Übelkeit Erbrechen						
Andere: (z.B. Fieber, epilept. Anfall, Blutung)						

Ort, Datum

Name Ärztin

Unterschrift Ärztin