



PALLIATIVPASS

für NOTFALL-SITUATIONEN

Im Notfall bitte informieren

Name _____

Vorname _____

Telefon _____

Mobil _____

Bevollmächtigte/r

gesetzl. Betreuer/in

Name _____

Vorname _____

Telefon _____

Geburtstag _____

Adresse _____

Patientenverfügung ja nein _____

Vorsorgevollmacht ja nein _____

_____ Datum

_____ Arzt/Ärztin (Stempel)

Ich will im Notfall ...

eine Herz-Lungen-Wiederbelebung ja nein _____

eine Intubation/künstliche Beatmung ja nein _____

eine Fortführung meiner Behandlung vor Ort
 im Krankenhaus _____

Ich habe mögliche Konsequenzen aus den festgelegten Regelungen mit meinem Arzt/meiner Ärztin besprochen.

**Hauptdiagnosen
Palliativmedizinische Problematik/
chronische, schwerwiegende Erkrankungen**

**Persönliche Mitteilung an den Notarzt/
die Notärztin**

**Besonderheiten, Bemerkungen, Medikamente
(z. B. Allergien und Unverträglichkeiten)**

Allergie ja nein

Wenn ja, gegen:

Hausarzt/Hausärztin

Palliativ Care Team
