

ÄRZTLICHE NOTFALLANORDNUNG (ÄNO)

bei plötzlicher Zustandsverschlechterung, basierend auf
„ARBEITSBLATT_Dokumentation Patientenwille, ev. mit
vertretungsberechtigter Person SAGB 20170109“



Name / Vorname

Geburtsdatum

1. Lebensverlängerung

A 0 **○○○○○** **Herz-Lungen-Wiederbelebung und uneingeschränkte Notfall- und Intensivbehandlung**

2. Lebensverlängerung und/oder Lebensqualitätsverbesserung

B 0 **○**○○○○○ **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung; ansonsten uneingeschränkte Notfall- und Intensivbehandlung**

B 1 **○○**○○○○ **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung; Keine invasive Beatmung; ansonsten uneingeschränkte Notfall- und Intensivbehandlung**

B 2 **○○○**○○○ **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung; Keine invasive Beatmung; Keine Behandlung auf einer Intensivstation; ansonsten uneingeschränkte Notfallbehandlung**

B 3 **○○○○**○ **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung; Keine invasive Beatmung; Keine Behandlung auf einer Intensivstation; Keine Verlegung/Mitnahme ins Spital/auf Notfallstation; ansonsten uneingeschränkte Notfallbehandlung in der häuslichen bzw. Heumgebung**

3. Lebensqualitätsverbesserung

C 0 **○○○○○** **Uneingeschränkte lindernde/palliative Behandlung, auch im Spital**

C 1 **○○○○○** **Keine Verlegung/Mitnahme ins Spital/auf Notfallstation Uneingeschränkte lindernde/palliative Behandlung ausschliesslich in der häuslichen bzw. Heumgebung**

Datum / Unterschrift Vertretungsberechtigte Person

Datum / Unterschrift Ärztin/Arzt

Detaillierte Begründungen sind im separaten „ARBEITSBLATT_Dokumentation Patientenwille, ev. mit vertretungsberechtigter Person SAGB 20170109“ ersichtlich

Dokumentation des mutmaßlichen Patientenwillens bzw. Handeln im wohlverstandenen Interesse, ev. mit einer vertretungsberechtigten Person



Erstellt auf der Grundlage des Dokuments »Dokumentation des Patientenwillens durch die vertretungsberechtigte Person. Mit ACP Beratung und Begleitung« der Arbeitsgruppe »Planung des Lebensendes (Advance Care Planning, ACP)« im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 67 »Lebensende« (www.nfp67.ch) unter Leitung von Frau PD Dr. Tanja Krones, Universitätsspital Zürich. Umfassende zusätzliche Beratung durch Frau Dr. phil. Daniela Ritzenthaler-Spielmann

1. Persönliche Daten

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Privat <input type="checkbox"/>	
Institution <input type="checkbox"/>	
Beistand (s. auch 4.)	
Ja <input type="checkbox"/>	
Ausmaß? Details?	
Nein <input type="checkbox"/>	
Angehörige	<input type="text"/>
(Grad/ Erreichbarkeit)	
Krankenversicherung	<input type="text"/>

2. Überprüfung der Urteilsfähigkeit

Erfolgte eine Überprüfung der Urteilsfähigkeit?	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
Sofern JA: Beschreibung des Vorgehens	<input type="text"/>
Datum / durchführende Person	<input type="text"/>

Resultat

--

3. Patientenverfügung

Vorbestehende
Patientenverfügung

Ja
(Ort der Aufbewahrung?)
(erstmaliges Datum?)
(letztmals datiert?)

Nein

4. Gesetzliche Regelung der Vertretung bei medizinischen Maßnahmen

Vertretungsberechtigte
Person (persönliche
Daten, Erreichbarkeit)

Bezugsperson(en)

Beziehungsnetz

5. Aktuelle Lebenssituation der betroffenen Person

Fand ein Gespräch mit der
Person über ihre Wünsche
zur medizinischen
Behandlung statt, als sie
noch urteilsfähig war?

Was wissen wir über ihre
Wünsche zu
medizinischen
Maßnahmen?

Welche Hinweise haben
wir auf den mutmaßlichen
Willen im Hinblick auf

lebenserhaltende
Maßnahmen (z.B.
nonverbale Äußerungen)?

Wer hat wann mit der
Person darüber geredet?

Wenn sie keine
Verbalsprache hat, welche
nonverbalen Äußerungen
können Hinweise auf ihren
mutmaßlichen Willen
geben? Kann sie mit
Unterstützter
Kommunikation zu
gewissen Aspekten
befragt werden?

Welche spirituellen,
psychosozialen und
sozialen Bedürfnisse hat
die Person?

Gibt es Dinge, welche bei
einem Spitaleintritt
wichtig/hilfreich wären:
was nimmt ihr die Angst
(Gegenstand, Musik, etc.),
welche Personen
beruhigen sie?

Gibt es Ereignisse, die sie
unbedingt noch erleben
möchte? Gibt es Dinge,
die noch erledigt werden
müssten (Abschied
nehmen von jemandem,
Anderes)?

Gibt es Äußerungen der
Person zum Begräbnis,
Abschiedsfeier?

6. Vorgehen bei plötzlicher, ev. lebensbedrohlicher Verschlechterung des Gesundheitszustands

Im vorliegenden Fall handelt es sich um

- den mutmaßlichen Willen der betroffenen Person
 einen Vertreterentscheid („Im wohlverstandenen Interesse der betroffenen Person“) ¹

Möglichst präzise Beschreibung in Frage kommender Umstände

1.
2.
3.
4.
5.

Konkrete Vorgehensweisen zu den genannten Punkten

Ad 1) A <input type="checkbox"/> : Lebensverlängerung B <input type="checkbox"/> : Lebensverlängerung und/oder Lebensqualitätsverbesserung C <input type="checkbox"/> : Lebensqualitätsverbesserung Begründung/Erläuterung:

Ad 2) A <input type="checkbox"/> : Lebensverlängerung B <input type="checkbox"/> : Lebensverlängerung und/oder Lebensqualitätsverbesserung C <input type="checkbox"/> : Lebensqualitätsverbesserung Begründung/Erläuterung:

Ad 3) A <input type="checkbox"/> : Lebensverlängerung B <input type="checkbox"/> : Lebensverlängerung und/oder Lebensqualitätsverbesserung C <input type="checkbox"/> : Lebensqualitätsverbesserung Begründung/Erläuterung:

¹ Falls ein „Vertreterentscheid“ vorliegt, wird (falls praktikabel) empfohlen, im aktuellen Fall bei der vertretenden Person die unveränderte Gültigkeit des Entscheids nachzufragen

Prospektive Besprechung
hochwahrscheinlich
eintretender
Krankheitsverläufe (sofern
zutreffend)

Ad 4) A <input type="checkbox"/> : Lebensverlängerung B <input type="checkbox"/> : Lebensverlängerung und/oder Lebensqualitäts- verbesserung C <input type="checkbox"/> : Lebensqualitätsverbesserung Begründung/Erläuterung:
Ad 5) A <input type="checkbox"/> : Lebensverlängerung B <input type="checkbox"/> : Lebensverlängerung und/oder Lebensqualitäts- verbesserung C <input type="checkbox"/> : Lebensqualitätsverbesserung Begründung/Erläuterung:
Grundleiden: Hochwahrscheinlich eintretender Krankheitsverlauf:

6. Betreuung in der letzten Lebenszeit

Betreuungsumstände,
möglichst detailliert

--

7. Linderung von Beschwerden in der Sterbephase

Mögliche Beschwerden
und geplante Maßnahmen

1.
2.
3.
4.
5.

8. Unterschriften

Vertretungsberechtigte
Person
Behandelnde ÄrztIn

9. Einverständniserklärung / Kenntnisnahme

Angehörige
.....
.....
.....
.....
.....
.....
VertreterInnen der
Institution

10. Gewährleisten der Umsetzung (organisatorisch) in einer Institution (Informationsfluss, Bedarf an Gesprächen etc.)

.....

11. Ort, Datum

.....

12. Ort der Aufbewahrung

.....

13. Weiteres