

Nächster Ansprechpartner \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon/Mobil \_\_\_\_\_

Krankenhaus/Abteilung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Palliative Care Team \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pflegedienst \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ambulantes Hospiz \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Seelsorger \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Essener Palliativausweis

## Herausgeber

Gesundheitskonferenz Essen,

Hospizarbeit Essen e.V., Netzwerk Palliativmedizin 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 Krankenseinweisung lehne ich ab.**

ja       nein

**Ich wünsche trotzdem eine bestmögliche  
Linderung 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