



Karlsruher Palliativnotfallbogen

Herausgeber: SAPV des OSP Karlsruhe, 12. Auflage, 04/2026, <https://www.vidia-kliniken.de/brueckenschwestern/karlsruher-palliativausweis>

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Palliativmedizinische Hauptdiagnose

(fortschreitende Erkrankung, die zum Tode führen kann)

Datum, Unterschrift, Stempel Ärztin/Arzt

Im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes ist eine Herz-Lungen-Wiederbelebung erwünscht:

☐ nein ☐ ja

In einer lebensbedrohlichen Situation wünsche ich mir:

☐ lindernde Maßnahmen vor Ort und keine lebenserhaltende Therapie

☐ eine Notfalltherapie vor Ort oder im Krankenhaus, aber ohne invasive Beatmung oder Intensivtherapie

☐ eine maximale Therapie, inklusiv invasive Beatmung und Intensivtherapie

Die Entscheidungen entsprechen denen meiner bestehenden Patientenverfügung.

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

Datum, Unterschrift Patientin/Patient

**Therapieentscheidung für den nicht
einwilligungsfähigen Patienten aufgrund:**

- ☐ bestehender Patientenverfügung, die vorliegt:

- ☐ mündlich geäußertem Behandlungswunsch
- ☐ mutmaßlichem Willen der Patientin/des Patienten

Datum, Unterschrift von:

- ☐ Rechtliche Betreuerin/rechtlicher Betreuer
- ☐ Bevollmächtigte/ Bevollmächtigter
- ☐ Angehörige/Angehöriger

Name _____

Vorname _____

Telefon _____

Mobil _____

Ansprechpartner (Name, Telefonnummer):

Bezugsperson, persönlicher Beistand _____

Palliative Care Team _____

Pflegedienst _____

Hospizdienst _____

Vorhandene Willenserklärungen:

Patientenverfügung ☐ Ja ☐ Nein

Vorsorge-, Generalvollmacht ☐ Ja ☐ Nein

Rechtliche Betreuung ☐ Ja ☐ Nein

Bemerkungen: _____

Empfohlenes Vorgehen in Notfallsituationen für _____

Komplikationen	Bedarfsmedikation	Einzel-dosis und Applikationsart	Mindestabstand zwischen 2 Gaben	maximale Gesamtdosis in 24 h
Schmerzen				
Atemnot				
Angst				
Krampfanfall				
Verwirrtheit/Unruhe				
Übelkeit/Erbrechen				
Rasselatmung				
Blutung				

Bemerkung: Tropfen Gabe pur in den Mund möglich, z.B. mit Hilfe einer 2 ml Spritze

Ort, Datum

Name, Unterschrift, Ärztin / Arzt

Name, Unterschrift, Pflegekraft