Notfallbogen

Sächsische Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

_____ Name Patient/in	_____ Geburtsdatum

Sollte in einer aus heutiger Sicht nicht unmittelbar bevorstehenden Situation eine der folgenden Behandlungsmaßnahmen auf Grund des Gesundheitszustandes indiziert sein, dann wird in jedem denkbaren Fall und unabhängig von der sonstigen, dann bestehenden, Lebens- und Behandlungssituation Folgendes gewünscht:

Therapieziel und Behandlungsform

BITTE NUR EINE MÖGLICHKEIT ANKREUZEN!

Therapieziel A: Alle Chancen der Lebensverlängerung nutzen	
☐	Anwendung aller medizinisch indizierten Maßnahmen, einschließlich Wiederbelebungsversuch und Behandlung auf der Intensivstation.
Therapieziel B: Nicht mehr alle Chancen der Lebensverlängerung nutzen	
☐	Kein Wiederbelebungsversuch, aber Behandlung auf der Intensiv- und Normalstation des Krankenhauses.
☐	Kein Wiederbelebungsversuch und keine Behandlung auf der Intensivstation, aber Behandlung auf der Normalstation im Krankenhaus.
Therapieziel C: Bestmögliche Symptom- und Leidenslinderung; keine Lebensverlängerung	
☐	Normalstation im Krankenhaus nur, wenn eine Linderung des Leidens ambulant absehbar nicht möglich ist.
☐	Normalstation im Krankenhaus nur nach Fehlschlagen eines ambulanten Linderungsversuchs.
☐	Ausschließlich palliative Behandlung ohne Einweisung in ein Krankenhaus.

Volljährige/r Patient/in bringt seinen/ihren Willen selbst zur Geltung:	Rechtliche/r Vertreter/in bringt Patientenwillen zur Geltung /trifft Entscheidung aufgrund der festgestellten Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens des Patienten:
In einer Situation, in der ich selbst nicht mehr meinen Willen bzw. meine Wünsche äußern kann, ist es mein Wille, wie oben festgelegt behandelt zu werden: Ort: Datum: _____ Unterschrift Ich bestätige als **Ärztin/Arzt** die Einwilligungsfähigkeit des Patienten/der Patientin Ort: Datum: _____ Unterschrift	Ich, _____, Tel.:_ _____, bin in den Aufgabenbereichen: ☐ Gesundheitsfürsorge ☐ Aufenthaltsbestimmung zur alleinigen Vertretung des Patienten/der Patientin bestimmt. ☐ Ich bestätige, dass ich als Bevollmächtigte/r ausdrücklich und schriftlich ermächtigt wurde, auch in die Durchführung oder das Unterlassen von Maßnahmen einzuwilligen, die mit der Gefahr verbunden sind, dass der Patient/die Patientin dadurch stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Eine Abschrift des Betreuungsbeschlusses/der Vorsorgevollmacht liegt: ☐ diesem Schreiben bei. ☐ in der Einrichtung vor. Der Wille/der mutmaßliche Wille/die Behandlungswünsche des Patienten/der Patientin wurden ermittelt. Danach ist er/sie wie oben festgelegt zu behandeln. _____ Ort, Datum Unterschrift

Ärztin/Arzt

Ich bestätige die Beratung des Patienten/der Patientin bzw. des Stellvertreters über die Folgen der in diesem Notfallbogen getroffenen Festlegung. Die Patientin/der Patient bzw. die rechtliche Vertreterin/der rechtliche Vertreter und ich sind uns einig, dass die oben getroffenen Festlegungen dem Willen/dem mutmaßlichen Willen/den Behandlungswünschen des Patienten/der Patientin entsprechen.

_____
Ort, Datum Unterschrift

Stand: Mai 2026