

## Palliativausweis des Bergischen Landes



**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Geb. Datum** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** AOK:  BEK:  DAK:  IKK:  TKK:  privat:   
BKK:  sonstige: \_\_\_\_\_

**Versichertennummer:** \_\_\_\_\_

**IK Nr. der Krankenkasse** \_\_\_\_\_

**Kontaktperson** Name: \_\_\_\_\_

**im Notfall** Tel: \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung:** vorhanden  nicht vorhanden

**Betreut durch:**

**Vorsorgebevollmächtigter**  **gesetzlicher Betreuer**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Eine Herz – Lungen – Wiederbelebung**

- wird gewünscht                       lehne ich ab

**Intubation / künstliche Beatmung**

- wird gewünscht                       lehne ich ab

**Krankenhauseinweisung**

- wird gewünscht                       lehne ich ab

**Ich wünsche dennoch eine bestmögliche Linderung  
meiner Beschwerden (Schmerzen, Luftnot .....)**

---

Datum, Unterschrift des Patienten

---

Datum, Unterschrift des  
behandelnden Arztes

Stempel des behandelnden Arztes

---

Datum, Unterschrift

- Ges. Betreuer**     **Bevollmächtigter**     **Angehöriger**

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**Betreuender Facharzt:** \_\_\_\_\_

**Palliativ Care Team:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Pflegedienst:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Krankenhaus:** \_\_\_\_\_

**Ambulantes Hospiz/**

**Seelsorge:** \_\_\_\_\_

**Besonderheiten:**

z.B. Allergien, MRSA, Epilepsie, Port, Defibrillator....

\_\_\_\_\_

**Hauptdiagnose:**

\_\_\_\_\_

**Relevante Medikamente & Therapie:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_