

Nächster Ansprechpartner \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**Seelsorger** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Duisburger Palliativausweis

## Herausgeber

PanDu Palliativnetz Duisburg e.V.,  
Kommunale Gesundheitskonferenz Duisburg,  
*mit freundlicher Genehmigung, Hospizarbeit Essen e.V.,  
Netzwerk Palliativmedizin Essen, Gesundheitskonferenz 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**

---

---

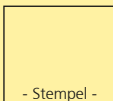
---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des behandelnden Arztes



**Eine Herz-Lungen-Wiederbelebung lehne ich ab.**

ja       nein

**Eine Intubation/künstliche Beatmung lehne ich ab.**

ja       nein

**Eine Krankenhauseinweisung lehne ich ab.**

ja       nein

**Ich wünsche trotzdem eine bestmögliche  
Therapie 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