



Patientenaufkleber

Checkliste – Therapiebegrenzung / Intensivmedizin

Gründe für die Unterlassung der Maßnahmen:

- Medizinische Indikation für Fortführung einer kurativen Therapie ist nicht gegeben (z.B. Aussichtslosigkeit weiterer Maximaltherapie, Sterbephase hat eingesetzt)
- Patient lehnt weitere intensivmedizinische Therapie ab (Aussage kann vom Patienten jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden)
- _____

Hinweise zur Einwilligungsfähigkeit des Patienten/der Patientin:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> analgosediert/intubiert/beatmet | <input type="checkbox"/> Ist zu Person/Zeit/Ort orientiert |
| <input type="checkbox"/> analgosediert | <input type="checkbox"/> Kann eigene Situation erfassen, kann die Folgen einer Therapiebegrenzung verstehen |
| <input type="checkbox"/> intubiert/beatmet | <input type="checkbox"/> Psychiatrisches Konsil liegt vor |
| <input type="checkbox"/> nicht-invasive Beatmung | <input type="checkbox"/> Patient ist betreut |

Einwilligungsfähigkeit des Patienten/der Patientin:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Patient ist einwilligungsfähig | <input type="checkbox"/> Patient ist nicht einwilligungsfähig |
| | <input type="checkbox"/> Stellvertreterentscheidung ist notwendig |

Aufklärungsgespräch erfolgt

- | | |
|----------|--|
| am _____ | <input type="checkbox"/> mit Patient |
| am _____ | <input type="checkbox"/> mit Angehörigen
(Familie, Lebenspartner, engen Freunden) |
| am _____ | <input type="checkbox"/> mit Betreuer/Vorsorgebevollmächtigtem |

Teambesprechung/Stationsbesprechung erfolgt ja am _____ nein

Ethikberatung erfolgt ja am _____ nein

Weitere wichtige Informationen zum Gesundheitszustand des Patienten/der Patientin und/oder dem Entscheidungsprozess:

Es liegt vor:

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Unterschrift Patient für VaW | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Patientenverfügung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| (ggf.) Betreuungsausweis | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Ärztliche Anordnung einer Therapiebegrenzung

Folgende Maßnahmen werden nicht bzw. nicht mehr durchgeführt:

1. Beatmung invasiv
 nicht-invasiv
 Wechsel des Beatmungsmodus
-
2. Kreislaufunterstützung Katecholamine/Vasokonstriktoren
 Steigerung der Katecholamine/Vasokonstriktoren
 Einsatz von Devices (IABP, Kunstherz...)
-
3. Nierenersatz Nierenersatzverfahren
4. Ernährung enterale Ernährung
 parenterale Ernährung
-
5. Therapie mit Blutprodukten
6. Antibiotikatherapie
7. Sonstiges _____
-

Auf eine suffiziente Analgesie/Analgesiedierung, Symptomkontrolle, Pflege und menschliche Begleitung ist zu achten, ggf. auch seelsorgerlicher Beistand. Die Anordnung einer Therapiebegrenzung muss ärztlich angeordnet, bei Schichtübergaben mitgeteilt und nach 24 Stunden überprüft und dokumentiert werden.

Ort/Datum Oberarzt/-ärztin, Facharzt/-ärztin

Ort/Datum Oberarzt/-ärztin, Facharzt/-ärztin

Ort/Datum Oberarzt/-ärztin, Facharzt/-ärztin

Nähere Ausführungen finden Sie in den „Empfehlungen zur Therapiebegrenzung auf Intensivstationen“ unter:
<http://www.ethikkomitee.med.uni-erlangen.de/empfehlungen-des-universitaetsklinikums-erlangen.shtml>