



Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)

Name: _____	Adresse: _____
Vorname: _____	_____
Geb. am: _____	Kontaktperson (Tel.): _____

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei o.g. Person, **sofern** sie nicht selbst einwilligungsfähig ist:
(Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!)

Therapieziel = Lebensverlängerung – soweit medizinisch möglich und vertretbar

A ●●●●● **Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung**

Therapieziel = Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

B0 ●●●●● **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B1 ●●●●● **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B2 ●●●●● **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (Normalstation)

B3 ●●●●● **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Keine Mitnahme ins Krankenhaus*
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (ambulant)

Therapieziel = Linderung (Palliation), nicht Lebensverlängerung

C ●●●●● **Ausschließlich lindernde Maßnahmen***
Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

<p>_____, den _____._____</p> <p>„Ich bestätige die Einwilligungsfähigkeit und Verständnis der Implikation dieser Entscheidung.“</p> <p><input type="checkbox"/> * Ein Krisenplan wurde erstellt</p> <p>_____ Unterschrift und Stempel des zertifizierten Arztes</p>	<p>_____, den _____._____</p> <p>„Diese ÄNo ist Ausdruck meines Behandlungswillens.“</p> <p>_____ Unterschrift der oben genannten Person</p> <p>„Die hier getroffene Entscheidung gibt den Behandlungswillen der o. g. Person angemessen wieder.“</p> <p>_____ Ggf. Unterschrift und Name des Bevollmächtigten/Betreuers</p> <p>„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“</p> <p>_____ Unterschrift des/der Berater/in für die Patientenvorsorge</p>
---	--

Die ÄNo gilt auch im Krankenhaus, solange dort nicht mit dem Patienten/der Patientin eine abweichende Regelung vereinbart wird.