

Krankenkasse		
Name, Vorname		geb.am
Kassen Nr.	Vers.Nr.	Status
Vertragsarzt Nr		Datum

Palliativkrisenbogen PKD Kreis Borken



Wichtige Kontaktpersonen:

Nächster Angehöriger:

Betreuer: ja nein

- () Hausarzt
- () Pflegedienst
- () Ärztl.Bereitschaftsdienst Sa/So/FT : T el. 116 117
- () Notarzt (Krankenhaus) : 112
- () Seelsorge
- () Sonstige

Letzter Khs.-Aufenthalt:

Krankenhaus / Einrichtung:

Aufklärung bei Erstellung des Bogens durch:

Ablehnung weiterer Maßnahmen:

.....

Diagnose:

Aktuelle Probleme:

Besonderheiten (z.B. Allergien):

Herz-Lungen-Wiederbelebung gewünscht? ja nein

Krankenhauseinweisung gewünscht? ja nein

Aufklärung über Diagnose / Prognose?

 Patient ja nein

 Angehörige ja nein

Patientenverfügung ja nein

Vorsorgevollmacht ja nein

Ort der Hinterlegung:

Datum	Name	Unterschrift Patient/Betreuer	Datum	Name des Arztes	Unterschrift
-------	------	-------------------------------	-------	-----------------	--------------