|  |
| --- |
| NOTFALLBOGEN  Vorlage zum Ausfüllen und Ausdrucken |
|  |
| Dieses Dokument soll Sie bei der Erstellung Ihres Vorsorgeplans unterstützen, es kann keine medizinische oder rechtskundige Beratung durch einen Arzt oder ggf. einen Anwalt ersetzen.  Der Ausdruck sollte mit den Standardeinstellungen Ihres Druckers erfolgen. Manuelle Anpassungen führen möglicherweise zu einem unvollständigen Druckergebnis.  © 2022. Alle Rechte liegen bei Markt+Technik Verlag GmbH.  Nachdruck, Verbreitung oder Vervielfältigung nicht ohne Genehmigung des Verlags. |



|  |
| --- |
| WICHTIGE HINWEISE FÜR DIE BENUTZUNG – BITTE SORGFÄLTIG LESEN!Sie haben zwei Möglichkeiten, wie Sie dieses Formular bearbeiten können. Da es sich um eine komplett editierbare Datei handelt, können Sie entweder nur die grau markierten Felder mit Ihren Angaben füllen oder den gesamten Text verändern und so an Ihre individuellen Vorgaben anpassen. Die grauen Felder enthalten ggf. Hinweise oder Beispiele, was hier eingesetzt werden sollte, ansonsten sind sie leer. 1. Ausfüllen der grau markierten Felder *(empfohlen für die meisten Benutzer)*  Im Vorfeld müssen Sie sicherstellen, dass der Schreibschutz des Dokuments aktiv ist. Schalten Sie ihn ggf. so ein:   * *MS-Word bis Version 2007:* Öffnen Sie im Hauptmenü unter *Extras* den Unterpunkt *Dokumentschutz schützen*.   *(Die Menübezeichnungen können je nach Word-Version leicht variieren.)*   * *MS-Word ab 2010:* Öffnen Sie *Datei -> Informationen -> Dokument schützen -> Bearbeitung einschränken -> Bearbeitungseinschränkungen -> Schutz anwenden.* * *OpenOffice:* Öffnen Sie den Menüpunkt *Einfügen -> Bereich -> Schreibschutz* und sperren Sie den Zugriff, indem Sie das Häkchen per Mausklick setzen.   Jetzt wird die Eingabe nur in den aktiven grauen Feldern zugelassen. Zwischen diesen können Sie mit dem Mauszeiger oder schneller mit der Tab-Taste (links neben dem Buchstaben Q) wechseln. So bleiben alle Formulierungen innerhalb des Dokuments geschützt und werden nur um Ihre persönlichen Angaben ergänzt.  2. Anpassung des gesamten Formularinhalts *(möglichst nicht ohne vorherige rechtliche Beratung)*  Zum freien Editieren des vollständigen Dokumenttextes hingegen müssen Sie den Dokumentschutz aufheben. Wählen Sie hierfür im Word-Hauptmenü unter *Extras* den Untermenüpunkt *Dokumentschutz aufheben*. Hierfür wird kein Passwort verlangt. Das funktioniert wie folgt:   * *MS-Word bis Version 2007:* Öffnen Sie imHauptmenü unter *Extras* den Unterpunkt *Dokumentschutz aufheben*. * *MS-Word ab 2010:* Öffnen Sie *Datei -> Informationen -> Dokument schützen -> Bearbeitung einschränken -> Bearbeitungseinschränkungen -> Schutz aufheben.* * *OpenOffice:* Öffnen Sie den Menüpunkt *Einfügen -> Bereich -> Schreibschutz* und entfernen Sie das gesetzte Häkchen vor *Schützen*.   Wenn Sie die PDF-Version dieser Datei am PC ausfüllen möchten, wählen Sie in Ihrem PDF-Reader das Werkzeug „Ausfüllen“ oder „Unterschreiben“. Die entsprechenden Felder können dann mit Ihrem eigenen Inhalt gefüllt und die Datei anschließend auch als neue PDF-Datei gespeichert werden. |
| RECHTLICHER HINWEIS  Der Inhalt dieser Mustervorlage wurde von Experten verfasst und gesammelt. Sie umfasst jedoch nicht die für jeden Einzelfall vorzunehmenden möglichen Anpassungen und muss daher mit großer, fachkundiger Sorgfalt an die individuellen Bedürfnisse angepasst werden. Diese Anpassungen sollten nur mit fachkundiger Hilfe, etwa durch einen Arzt oder einen Anwalt, vorgenommen werden. Sämtliche Formulierungen dieser Vorlage sind in diesem Zusammenhang als eine Hilfestellung anzusehen und besitzen keinerlei rechtsverbindliche Gültigkeit. Wenn Sie diese Vorlage als Basis für die Erstellung Ihres Vorsorgeplans verwenden, übernimmt der Verlag keinerlei Haftung, auch die Haftung für leichte Fahrlässigkeit wird grundsätzlich ausgeschlossen. Wir empfehlen ausdrücklich die zusätzliche Konsultation eines medizinischen und rechtsverbindlichen Beistands Ihres Vertrauens in allen gesundheitlichen und juristischen Belangen. |

### Notfallbogen

Blutgruppe und Rhesusfaktor:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VORNAME(N) UND NACHNAME

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allergien:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRESSE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medikamente:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM

1. Alles Mögliche zur Lebenserhaltung soll getan werden

Grunderkrankungen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

JA NEIN

2. Reanimation erwünscht

JA NEIN

3. Krankenhauseinweisung gewünscht

JA NEIN

Anmerkungen (ggf. Prognose):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Invasive Beatmung erwünscht

JA NEIN

5. Patientenverfügung liegt vor

JA NEIN

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ORT, DATUM UNTERSCHRIFT DER PATIENTIN/DES PATIENTEN

Betreuer/Bevollmächtigter:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NAME

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONNUMMER

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATUM/UNTERSCHRIFT BETREUER/BEVOLLMÄCHTIGTER

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hausarzt:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NAME

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONNUMMER

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATUM/UNTERSCHRIFT HAUSARZT

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zur Kenntnis genommen:

(Datum, Unterschrift Stationsleitung) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_