

Oregon POLST™

Portable Orders for Life-Sustaining Treatment*

Befolgen Sie diese ärztlichen Verordnungen, bis die Verordnungen geändert werden. Jeder nicht ausgefüllte Abschnitt bedeutet, dass für diesen Abschnitt die vollständige Behandlung erfolgt.

Nachname der Patientin / des Patienten:	Namenszusatz:	Vorname der Patientin / des Patienten:	Mittlename der Patientin / des Patienten:
---	---------------	--	---

Bevorzugter Name:	Geburtsdatum: (mm/tt/jjjj) ____ / ____ / ____	Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> X	MRN (facultatif)
-------------------	--	---	------------------

Anschrift: (Straße/Ort/PLZ):

A <small>Bitte eine Option ankreuzen</small>	HERZ-LUNGEN-WIEDERBELEBUNG (HLW) : Nicht ansprechbar, ohne Puls und ohne Atmung.	
	<input type="checkbox"/> Wiederbelebungsversuch unternehmen / CPR	<input type="checkbox"/> Keinen Wiederbelebungsversuch unternehmen / DNR
Wenn bei der Patientin / dem Patienten kein Herz-Lungen-Stillstand vorliegt, befolgen Sie die Anweisungen unter B.		

B <small>Bitte eine Option ankreuzen</small>	MEDIZINISCHE INTERVENTION: Wenn der/die Patient(in) Puls hat und atmet.	
	<input type="checkbox"/> Nur Maßnahmen für Patientenkomfort (Comfort Measures Only). Durchführung von Behandlungen zur Linderung von Schmerzen und Leiden durch den Einsatz von Medikamenten über einen beliebigen Weg, Lagerung, Wundversorgung und andere Maßnahmen. Verwendung von Sauerstoff, Absaugung und manuelle Behandlung der Atemwegsobstruktion nach Bedarf, um den Patientenkomfort zu gewährleisten. Patient(in) wünscht keine Überführung ins Krankenhaus zwecks lebenserhaltender Behandlungen. Überführung, wenn der Patientenkomfort in den derzeitigen Örtlichkeiten nicht gewährleistet werden kann. Behandlungsplan: Durchführung von Behandlungen zur Gewährleistung des Patientenkomforts durch Symptommanagement.	
<input type="checkbox"/> Eingeschränkte Behandlung.. Zusätzlich zur Versorgung, die unter Comfort Measures Only beschrieben ist, Einsatz medizinischer Behandlung, Antibiotika, IV-Infusionen und Herzmonitor, wie angegeben. Keine Intubation, weiterreichende Atemwegeingriffe oder mechanische Beatmung. Ggf. Erwägung einer weniger invasiven Atemwegsunterstützung [z. B. kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP), biphasischer positiver Atemwegsdruck (BiPAP)] Überführung ins Krankenhaus, falls angezeigt. Intensivstation im Allgemeinen vermeiden. Behandlungsplan: Bereitstellung grundlegender medizinischer Behandlungen.		
<input type="checkbox"/> Komplette Behandlung. Zusätzlich zur Versorgung, die unter Comfort Measures Only und Eingeschränkte Behandlung beschrieben ist, Einsatz von Intubation, weiterreichenden Atemwegeingriffen und mechanischer Beatmung, wie angegeben. Überführung ins Krankenhaus und/oder auf die Intensivstation, falls angezeigt. Behandlungsplan: Alle Behandlungen, einschließlich Beatmungsgerät.		
Zusätzliche Verordnungen: _____		

C <small>Alle zutreffenden Optionen ankreuzen</small>	DOKUMENTATION DER BEIM GESPRÄCH ANWESENDEN PERSONEN: Siehe Rückseite für zusätzliche Info.	
	<input type="checkbox"/> Patient(in) <input type="checkbox"/> Eltern eines/einer Minderjährigen <input type="checkbox"/> Gemäß Patientenverfügung festgelegte Person <input type="checkbox"/> Gerichtlich bestellte(r) Betreuer(in)	<input type="checkbox"/> Vertreter für Patienten mit Entwicklungsstörungen oder erheblicher psychischer Erkrankung (Anmerkung: Spezielle Anforderungen zum Ausfüllen – siehe Rückseite) <input type="checkbox"/> Verwandte(r) oder Freunde (ohne schriftliche Einsetzung)
Erörtern mit (Liste aller Namen und Beziehung): _____		

D	UNTERSCHRIFT PATIENT(IN) BZW. VERTRETER		
	Unterschrift: <u>empfohlen</u>	Name (Druckschrift) :	Beziehung („selbst“ eintragen, wenn es sich um den Patienten bzw. die Patientin selbst handelt):

Dieses Formular wird an das POLST-Register geschickt. Sollte der/die Patient(in) dies nicht wünschen, bitte das folgende Kästchen ankreuzen.

E <small>Pflichtangaben: Name in Druckbuchstaben Unterschrift und Datum</small>	ATTESTATION OF MD / DO / NP / PA / ND (REQUIRED)	
	<h1 style="color: red;">NOT A VALID POLST FORM</h1> <h2 style="color: red;">Signed POLST form must be in English</h2>	