

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:	Mittelnname 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 In Abschnitt B muss Komplette Behandlung angekreuzt werden	<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"/> Selektive Behandlung. Zusätzlich zur Versorgung, die unter Comfort Measures Only beschrieben ist, Einsatz medizinischer Behandlung, Antibiotika, IV-Infusionen und Herzmonitor, wie angegeben. Keine Intubation, weiterreichende Atemwegseingriffe 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 Selektive Behandlung beschrieben ist, Einsatz von Intubation, weiterreichenden Atemwegseingriffen 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>	BEIM GESPRÄCH ANWESENDE PERSONEN: (PFLICHTANGABE)	
	<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"/> Verwandte(r), Freunde oder sonstige Hilfspersonen (ohne schriftliche Einsetzung) - für weitere Anforderungen zum Ausfüllen bei Menschen mit geistiger Behinderung oder Entwicklungsstörungen siehe Rückseite
Bitte alle Namen und die jeweilige Beziehung angeben: _____		

D	BESTÄTIGUNG DURCH PATIENT(IN) (EMPFOHLEN, ABER NICHT OBLIGATORISCH)	
	Unterschrift: <u>empfohlen</u>	Name (Druckschrift) :
Dieses Formular wird an das POLST-Register geschickt, wenn der/die Patient(in) einer Weitergabe nicht widerspricht. Um der Weitergabe zu widersprechen, bitte dieses Kästchen ankreuzen. <input type="checkbox"/>		

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

SCHICKEN SIE DAS FORMULAR BEI JEDER ÜBERWEISUNG ODER ENTLASSUNG MIT DER PATIENTIN / DEM PATIENTEN MIT
SCHICKEN SIE EINE KOPIE DER VORDER- UND RÜCKSEITE DES FORMULARS AN DAS REGISTER, WENN DER/DIE PATIENT(IN) DEM IN ABSCHNITT D NICHT WIDERSPROCHEN HAT

*Wird auch Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (Ärztliche Anordnungen für eine lebenserhaltende Behandlung)