

Diese Information soll dem behandelnden (Not-)Arzt im Falle eines Einsatzes zur Kenntnis gebracht werden, um die Entscheidung und Therapiefindung zu erleichtern.

NAME	VORNAME
ALTER	SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER UND GEBURTSDATUM
PLZ UND ORT	STRASSE

DIAGNOSE/GRUNDERKRANKUNG

Das Mobile Palliativteam  
betreut oben genannte/n Patient/in  
und ist unter der **Telefonnummer**  
für Auskünfte erreichbar.

MOBILES PALLIATIVTEAM

ETIKETTENKLEBEFELD

TELEFONNUMMER

Für den Fall der Verschlechterung des Zustandes mit begrenzten kurativen  
Therapiemöglichkeiten soll hinsichtlich eines Transportes festgehalten werden:

- bevorzugt wird eine Therapie vor Ort ohne Transfer  
(gewünscht wird eine optimale Symptomenlinderung)
- bevorzugt wird ein Transfer auf eine geeignete stationäre Einrichtung (Krankenhaus)
- keine Präferenzen hinsichtlich Transfer  
(Entscheidung in der Situation durch den Notarzt)

Weitere Anmerkungen/Informationen:

Diese Entscheidung resultiert aus einem  
Gespräch mit dem Mobilien Palliativteam am:

\_\_\_\_\_  
UNTERSCHRIFT PALLIATIVARZT/-ÄRZTIN

\_\_\_\_\_  
UNTERSCHRIFT PATIENT/IN

\_\_\_\_\_  
UNTERSCHRIFT PFLEGENDE(R) ANGEHÖRIGE(R)